

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARTHA SERÔDIO DANTAS

**PSICOTERAPIA BREVE DE PROBLEMAS CONJUGAIS:
INFORMATIZAÇÃO DE REGISTROS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL**

SÃO PAULO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARTHA SERÔDIO DANTAS

**PSICOTERAPIA BREVE DE PROBLEMAS CONJUGAIS:
INFORMATIZAÇÃO DE REGISTROS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica.
Orientadora Prof^ª. Dra. Eliana Herzberg.

São Paulo

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Dantas, Martha Serôdio

Psicoterapia breve de problemas conjugais: informatização de registros na clínica institucional / Martha Serôdio Dantas; orientadora Eliana Herzberg. – São Paulo, 2007

154 p.

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

1. Psicoterapia breve 2. Conflito conjugal 3. Psicologia Institucional 4. Avaliação psicológica 5. Bases de dados I. Título.

RC 489.B8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Martha Serôdio Dantas

Psicoterapia breve de problemas conjugais: informatização de registros na clínica institucional

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

*Dedico este trabalho aos colegas do LEC e
do Curso de Psicoterapia Breve do ISS.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Mauro Hegenberg, que me apresentou a Psicoterapia Breve.

As Professoras do Curso de Psicoterapia Breve do ISS Gislaine Varela Mayo De Dominicis e Raquel Spazianni, que nos anos de convivência muito contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

A Profa. Dra. Eliana Herzberg pela atenção e apoio durante o processo de orientação.

Aos colegas do grupo do LEC pela motivação, colaboração, possibilidade de realização deste trabalho e espaço constante de trocas.

Aos colegas psicólogos pela colaboração voluntária na árdua atividade de juiz, uma das etapas desta pesquisa.

Ao Instituto Sedes Sapientiae por autorizar e colocar à disposição os documentos necessários para viabilizar o estudo.

A Maria de Fatima Vicente, pelo apoio discreto e constante.

A Pedro Mathias, pelo acompanhamento da trajetória deste trabalho, constante suporte técnico, construções e trocas interdisciplinares.

As secretárias da Clínica Psicológica do ISS Carmen, Cláudia, Isabel e Neusa, pelas contribuições frutíferas e significativas no processo descrito neste trabalho.

Aos funcionários da biblioteca e das secretarias do PSC e da Pós do IP/USP, pelo suporte e incentivo.

A Pedro da Silva Dantas Jr., pela rigorosa e dedicada revisão dos originais.

A Giorgia Limnios, pelas diversas colaborações.

Ao grupo do laboratório SUCOR, coordenado pelo Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, pelo apoio afetivo, boas idéias e trocas de modelos de pesquisa.

A Ana Maria, Claudia e Maarten, Pedro e Alexandre, pela torcida e compreensão.

Aos meus amigos, pela tolerância e carinho.

RESUMO

DANTAS, Martha Serôdio. **Psicoterapia breve de problemas conjugais: informatização de registros na clínica institucional**. 154 p. Dissertação – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

A pesquisa tem como objetivo reformular uma base de dados, desenvolvida e utilizada pela equipe do Laboratório de Estudos da Conjugalidade (LEC): atendimento em Psicoterapia Breve. Esta base de dados informatizada é um instrumento que visa aprimorar a forma de registro de material clínico de atendimentos em psicoterapia breve para fins clínico-institucionais e de pesquisa o que, como decorrência, contribuirá também com o serviço de psicoterapia na clínica institucional. O projeto de pesquisa foi elaborado a partir da experiência da autora nas atividades clínicas que desenvolve como psicóloga na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae (ISS), mais especificamente no LEC. A autora realiza atendimentos em psicoterapia breve nas modalidades individual e casal, participa das supervisões e discussões de caso em grupo e de grupos de estudos com a equipe do referido Laboratório. Os atendimentos clínicos seguem a fundamentação teórica e técnica baseada principalmente nos autores: Winnicott, Malan, Gilliéron, Bergeret e Hegenberg. Utilizando como metodologia qualitativa a análise de conteúdo proposta por Bardin e Turato, e tendo como documentos para análise os registros realizados pelos psicoterapeutas no período de outubro de 1999 a julho de 2004, foi realizada a sistematização e categorização dos registros. A pesquisa tem por foco os registros da fase inicial do processo de psicoterapia breve (avaliação inicial). Em função dos resultados obtidos aprimoramos o banco de dados já existente possibilitando a utilização dos respectivos registros clínicos para pesquisas quantitativas e qualitativas com apoio dos recursos da informática (desenvolvimento de software). A versão informatizada já se encontra disponível para fase de testes.

Descritores: Psicoterapia breve, conflito conjugal, psicologia institucional, avaliação psicológica, bases de dados.

ABSTRACT

DANTAS, Martha Serôdio. Brief psychotherapy of marital conflict: informatization of reports in institutional clinic. 154 p. Thesis (Master)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

This research aims to exam and refine a set of data, developed and used by the staff of the *Laboratório de Estudos da Conjugalidade: atendimento em psicoterapia breve (LEC)*. This computerized set of data is a tool which tries to improve the way the clinical material of the sessions of brief psychotherapy is recorded, making these reports able to be used in clinical-institutional work as well as in new researches; and, of course, this will contribute also to the work in the institutional clinic. This research was designed on the grounds of the author's experience in her activities as psychologist of the *Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae (ISS)*, particularly in the LEC. In her practice the author does brief psychotherapy — individual or with couples —, works in supervisions and discussions of cases in groups and attends lecture groups with the staff of the above mentioned LEC. In her practice the author uses mainly the technical and theoretical approaches of the following authors: Winnicott, Malan, Gilliéron, Bergeret and Hegenberg. By using as methodological framework the context analysis suggested by Bardin, and having as raw material for this investigation the reports made by the psychologists of the LEC between october/99 and july/04, we aim to systematize and ordinate the data. The focus of the research will be the records of the initial phase of the process of brief psychotherapy (preliminary evaluation). By the end of the research we expect to have refined the existing data permitting, from then on, the correct use of this set of records of clinical cases in new qualitative and quantitative researches with the support of modern techniques in informatics (developing of software).

Key-words: Brief psychotherapy, marital conflict, institutional psychology, psychological assessment, database.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Revisão da literatura sobre informatização de registro.....	12
1.2 O contexto das Psicoterapias Breves.....	18
1.3 O Instituto Sedes Sapientiae (ISS).....	21
1.4 A Clínica Psicológica do ISS.....	23
1.5 O Laboratório de Estudos da Conjugalidade: atendimento em psicoterapia breve (LEC).....	24
1.5.1 Recepção no Plantão do LEC.....	28
1.5.2 Registros e desenvolvimento do banco de dados.....	30
1.6 Objetivos da pesquisa.....	37
1.6.1 Objetivos gerais.....	37
1.6.2 Objetivos específicos.....	38
1.7 Aspectos éticos.....	38
2 MÉTODO.....	39
2.1 Material de análise.....	39
2.2 Critérios de inclusão.....	40
2.3 Critérios de exclusão.....	40
2.4 Procedimento.....	41
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
3.1 Rotina dos terapeutas no plantão do LEC.....	48
3.2 A Rotina.....	50
3.3 Resultados das tabelas piloto de RP's, resultados do teste dos juízes e discussão.	54
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
5 REFERÊNCIAS.....	119
6 ANEXOS.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.a Informações da Secretaria.....	55
Tabela 1.b Respostas dos juízes.....	56
Tabela 2.a Informações que precedem o encontro.....	59
Tabela 2.b Respostas dos juízes.....	61
Tabela 3.a Como soube do Laboratório.....	64
Tabela 3.b Respostas dos juízes.....	66
Tabela 4.a Apresentação no Plantão na sala de espera.....	68
Tabela 4.b Respostas dos juízes.....	70
Tabela 5.a Comportamento observado no momento da chamada do terapeuta na sala de espera.....	71
Tabela 5.b Respostas dos juízes.....	73
Tabela 6.a Impressões do terapeuta sobre o paciente na sala de espera.....	76
Tabela 6.b Respostas dos juízes.....	78
Tabela 7.a Comportamento apresentado à chamada do terapeuta na sala de espera.....	80
Tabela 7.b Respostas dos juízes.....	82
Tabela 8.a Modo como paciente responde/apresenta-se à chamada do terapeuta.....	86
Tabela 8.b Respostas dos juízes.....	88
Tabela 9.a Comportamento observado no caminho até a sala: disposição espacial.....	92
Tabela 9.b Respostas dos juízes.....	93
Tabela 10.a Comportamento observado no caminho até a sala: outras observações.....	95
Tabela 10.b Respostas dos juízes.....	96
Tabela 11.a Comportamento observado no momento da entrada na sala de atendimento.....	97
Tabela 11.b Respostas dos juízes.....	100
Tabela 12.a Movimentos para sentar na sala de atendimento.....	103
Tabela 12.b Respostas dos juízes.....	106
Tabela 13. a Primeiras falas do paciente.....	108
Tabela 13.b Respostas dos juízes.....	110
Tabela 14.a Reação emocional do terapeuta no primeiro encontro/sessão.....	112
Tabela 14.b Respostas dos juízes.....	114

“A prática não é uma derivação subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital; e a investigação científica não tem lugar acima ou fora da prática, mas sim dentro do curso da mesma”

Bleger (1984)

Este trabalho irá desenvolver, analisar e discutir o aprimoramento da parte inicial de um instrumento informatizado de registro de atendimentos psicológicos realizados por terapeutas do Laboratório de Estudos da Conjugalidade: atendimento em psicoterapia breve (LEC) de casais ou indivíduos que estejam passando por situação de conflito no relacionamento conjugal. O resultado esperado é a padronização sistemática da forma de registro existente dos primeiros contatos do terapeuta com o(s) paciente(s), possibilitando, como resultado a longo prazo a ser alcançado, o desenvolvimento de instrumento visando a facilitação de pesquisas, a avaliação e reflexão sobre os serviços prestados e a contribuição para formação de profissionais. Pretende-se que a nova sistemática forneça dados quantitativos e qualitativos.

O projeto desta pesquisa foi elaborado a partir da experiência da autora nas atividades clínicas e institucionais que desenvolve como psicóloga voluntária desde outubro de 2000 na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae (ISS), mais especificamente no LEC. A parte inicial do instrumento informatizado refere-se ao momento da recepção do paciente ou casal em um plantão psicológico que atende pessoas com problemas conjugais. No momento da recepção é realizada a avaliação inicial em quatro tarefas formuladas por Hegenberg (2004), sendo que já ocorre uma intervenção psicológica e define-se o projeto terapêutico, este processo acontece em número médio de quatro sessões iniciais. Este trabalho irá se limitar à sistematização dos registros dos movimentos iniciais do paciente ou casal em busca de ajuda psicológica, do modo como chegaram e apresentaram sua queixa, e da compreensão dos motivos da procura e da demanda. A primeira ficha estruturada de registro de movimentos iniciais formulada pelo grupo do LEC tem por referência o modelo proposto por Gilliéron (1996).

O registro de atendimentos clínicos realizados em serviços de saúde institucionais procura atender algumas finalidades, tais como: prover informações quanto às características da clientela atendida, cumprir obrigações legais e éticas normatizadas pelos conselhos profissionais (CRP, CRM), possibilitar monitorização, planejamento e avaliação, e facilitar

pesquisas. Além disso, a sistematização de uma proposta de atendimento pode possibilitar a apresentação desta e a comparação com diferentes propostas desenvolvidas em outros locais visando a troca de experiências entre pares.

1.1 Revisão da literatura sobre informatização de registro

Foi realizado levantamento em bases de dados de outras experiências institucionais na área da psicologia envolvendo padronização e informatização de registros. Utilizando como descritores “Psicologia e Informática” foram encontrados 54 trabalhos; e quando as palavras eram mais específicas “Psicologia e prontuário eletrônico” localizou-se apenas 3 trabalhos. A análise do material levantado, totalizando 57 trabalhos, mostrou que a maior parte deles que envolvia psicologia e informática referia-se a atividades relacionadas à educação ou aprendizagem, à normatização e validação de escalas e testes, ao uso de computadores em avaliações psicológicas, e estudos de análise experimental, organizacional, neuropsicologia e reabilitação.

Quando num segundo momento, a busca foi realizada com descritores como: “prontuário eletrônico”, “registro de casos” e “padronização de registros”; o panorama geral na área da Psicologia não se transformou significativamente. Contudo, notou-se que na área hospitalar e institucional, principalmente na área médica, a questão do prontuário eletrônico do paciente (PEP) vem sendo amplamente discutida. Mais adiante estes dados serão abordados.

No primeiro levantamento realizado destacaram-se três trabalhos relatando experiências que remetiam diretamente à padronização de registros ou informatização de serviços, todos realizados em locais de referência de prestação de serviços e formação de profissionais: Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP/SP) (Herzberg, 2000, 2005, 2006), Clínica Ana Maria Poppovic da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) (Farah, 2000, Farah & Campos, 2000) e Serviço de Interconsulta do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal do Estado de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM) desenvolvido no Hospital São Paulo (Andreolli, Peluso, Andreolli, & Martins, 1996). Estas experiências serão apresentadas mais adiante. Além disso, vale também destacar a produção de dois livros (Sayeg, 2000; *Psicologia e Informática: desenvolvimentos e progressos*, 2005) organizados pelo Conselho Regional de

Psicologia (CRP) em parceria com a Casa do Psicólogo sobre o tema Psicologia e Informática, nos quais vários aspectos são abordados, tais como: aspectos éticos, impacto na subjetividade dos processos atuais de informatização e relacionamentos virtuais, reflexões de psicólogos sobre informatização e relações na Internet, práticas psicológicas de assistência na Internet (via e-mail, *homepage*, *sites*, atendimentos *on-line*, dentre outros) e processos de informatização de serviços de psicologia. Apesar de não estarem em sua totalidade diretamente relacionadas ao tema de nossa pesquisa, tais obras merecem destaque por evidenciarem a relevância e atualidade do tema informática e avanços tecnológicos no contexto sócio-histórico contemporâneo. Os referidos livros foram produzidos a partir dos resultados de trabalhos apresentados em simpósios temáticos organizados pelo CRP/CFP/Casa do Psicólogo – Simpósio Psicologia e Informática, Psicoinfo I e II, realizados respectivamente em 1998 e 2003 - visando a discussão de assuntos relevantes para a prática ética e responsável de profissionais da área. Os prefácios dos livros discorrem tanto acerca da relevância do tema quanto sobre a escassez de pesquisas e produção bibliográfica.

Meireles (2001) descreveu o mundo contemporâneo, globalizado e em permanente transformação, com avanços tecnológicos cada vez mais acelerados, produzindo informações em quantidade cada vez maior, gerando uma sociedade com novos modos de produção e transformações sociais, bem como diferentes organizações de família, de convívio social e de trabalho. Para Meireles, em decorrência dessas configurações, é inevitável o desafio com o qual se depara o psicólogo hoje, confrontado que é, em sua prática clínica, por situações que exigem repensar e reformular os modelos tradicionais de compreensão, atendimento e assistência psicológica. Ou seja, os psicólogos precisam considerar as mudanças em curso no mundo contemporâneo para reavaliar sua prática e seus modelos de compreensão do ser humano. Tema de bastante destaque é o do impacto provocado pelos relacionamentos virtuais na constituição da subjetividade.

Porém, avançar por este caminho significaria desviarmo-nos do foco da presente pesquisa. É importante contextualizar o impacto da informatização e dos avanços tecnológicos na vida contemporânea e poder avaliar suas contribuições, efeitos, particularidades e possíveis danos; contudo, nos limitaremos às possíveis contribuições da informática para a organização de serviços de psicologia e a facilitação de pesquisas.

Herzberg (2000), descreveu o processo de informatização de uma Clínica Psicológica Escola, ressaltando aspectos desde a coleta de dados objetivos até o impacto e repercussões que ocorreram na equipe técnica da clínica. Segundo a autora, o processo de informatização

possibilita uma melhor caracterização da população que procura por ajuda psicológica e, conseqüentemente, um melhor planejamento e adequação dos serviços prestados. Examinando o que deve ser informatizado, Herzberg diferencia a parte administrativa (rotinas de funcionamento, agendamento, dados de identificação e sócio-econômicos, etc.), da parte clínica (todo o “material clínico” de cada cliente da clínica). No seu trabalho, optou por iniciar a informatização pela parte administrativa buscando com isso englobar todos os procedimentos rotineiros da clínica e assemelhar-se mais a programas de informatização existentes em organizações e instituições, não envolvendo todas as especificidades de relatórios clínicos psicológicos. Ao se referir ao processo de informatização de material clínico, Herzberg afirma que informatizar não significa perder a utilização do raciocínio e da inteligência, e nem os cuidados necessários com questões que dizem respeito ao sigilo e à segurança do sistema informatizado. Para Herzberg, o processo de informatização pode significar e possibilitar uma revisão e reformulação de concepções sobre os atendimentos clínicos prestados na instituição.

Pesquisa desenvolvida por Ancona-Lopez (1981) reforça a importância do desenvolvimento de instrumentos que permitam a avaliação e o planejamento de serviços de atendimento psicológico. Os resultados da pesquisa na qual realizou um levantamento da população e dos serviços prestados em clínica psicológica, indicam como questão central a pouca eficácia dos trabalhos clínicos desenvolvidos. Entre os problemas identificados, destacam-se alguns elementos, tais como: não era atingido o objetivo de oferecer serviço gratuito à população de baixa renda; a distância entre o projeto institucional e as demandas da clientela, evidenciado por: abandono do tratamento sem conhecimento das causas da desistência (54,1%), baixo índice de altas (4,6%), re-encaminhamentos constantes e tempo de espera podendo chegar a um ano. Estes achados ressaltam a importância de examinar em detalhe a prática na clínica institucional, tendo por objetivo principal refletir acerca dos serviços prestados.

Prado (2003) considera o uso da informática como recurso para auxiliar o gerenciamento de serviços de Psicologia e facilitador de realização de pesquisas na área. Neste artigo que tem como objetivo verificar a aplicação da informática como instrumental específico para a psicologia no Brasil e discutir as potências e lacunas existentes nesta área, o autor identificou uma carência tanto de produtos comercializados, quanto de produção científica. Outra contribuição relevante de seu estudo foi enfatizar a dificuldade de se realizar pesquisas quando a informação inicial está registrada em papel (por exemplo: prontuários), o que faz com que a coleta na pesquisa de documentos se torne um dos

principais desafios para a realização de pesquisas deste tipo. Andreolli et al. (1996) relataram o processo de padronização e informatização de dados em serviço de interconsulta médico-psicológica de um hospital geral; além disso, discutiram e analisaram dados de coletas preliminares. Tinham por objetivo principal o desenvolvimento de um instrumento informatizado cuja função seria a de facilitar a pesquisa. Para tanto, registraram dados demográficos, de fluxo de atendimento e de diagnóstico psiquiátrico. Os pesquisadores observaram número significativo de omissões de registros, principalmente no que se refere aos dados de diagnóstico. Apoiados em outros autores de estudos acerca deste processo em serviços de interconsulta tais como Mezzich et al (1981); Small e Fawzy (1988) citados por Andreolli et al. (1996) e em sua própria experiência, atribuíram as omissões principalmente a dois tipos de fator: o modelo de interconsulta adotado pelo serviço no qual se enfatiza a relação médico-paciente para o diagnóstico da situação e orientação da conduta, resultando daí um registro narrativo que dificulta a sistematização dos dados; e, os aspectos congruentes com achados de outras experiências, quais sejam: duplicação de informações clínicas quando existem duas formas de registro, uma estruturada e outra narrativa, levando à omissão da informação em uma delas; pouca aceitação do sistema informatizado pelos técnicos devido à imposição vinda de cima para baixo na implantação, com pouco envolvimento dos profissionais usuários do sistema no processo de criação e desenvolvimento do mesmo, muitas vezes escapando-lhes até o sentido e a importância dele; sem falar da sobrecarga no trabalho, dificultando o preenchimento dos registros. Para os autores é importante cada serviço desenvolver seu próprio modelo de ficha padronizada, incluindo tanto dados comuns a todos, quanto itens específicos. Na conclusão, ressaltam a importância do envolvimento de todos os usuários (técnicos) do sistema no processo de desenvolvimento para garantir o sucesso da implantação, e o cuidado de retornar a informação aos que as coletaram, garantindo a criação de senso de responsabilidade e interesse pelo sistema em desenvolvimento.

Observamos que nas duas experiências descritas respectivamente por Herzberg (2000, 2005, 2006) e Andreolli et al.(1996), os autores julgaram necessária a divisão entre aspectos de caracterização da população e fluxo de atendimento no serviço por um lado, e aspectos clínicos por outro. Os primeiros eram identificados como administrativos por Herzberg ou como demográficos e de fluxo de atendimento por Andreolli et al, e os segundos como todo material clínico, ou aspectos da relação terapeuta-paciente sendo registrados de forma narrativa. Notamos, em ambos os casos, a maior dificuldade para a sistematização dos aspectos dinâmicos da relação terapeuta-paciente.

Farah relatou em seus trabalhos (Farah, 2000 e Farah & Campos 2000) o processo de informatização em clínica-escola. Diferentemente dos outros citados, este trabalho tem por principal finalidade o incremento da comunicação clínica-comunidade acadêmica, visando explorar o potencial da nova 'mídia interativa', e não a sistematização de registros de atendimento clínico como os demais trabalhos citados acima e a proposta desta pesquisa. A partir do objetivo do grupo de trabalho coordenado por Farah - Núcleo de Pesquisas da Psicologia em Informática (NPPI), os rumos tomados são outros, assim como as discussões em evidência. O grupo se organizou, num primeiro momento, para construir um *site* que garantisse melhor comunicação e divulgação de trabalhos científicos; já no processo de implantação se depararam com importantes questões éticas: qual o tipo de informação passível de ser veiculada na Internet tornando-se, assim, acessível para quem a desejar. Questionam-se sobre possibilidades de diferentes acessos por meio de senhas que discriminassem o público leigo daquele constituído por profissionais da área e da clínica. Ao longo do processo do grupo NPPI (Farah & Campos 2000, Zacharias 2005), pensam na alternativa de desenvolver outras possibilidades de uso da Internet como recurso de atendimento e orientação psicológicos. Assim, discutem o uso de recursos tecnológicos no trabalho do psicólogo, como, por exemplo, possibilidade de esclarecer informações ao público via e-mail, serviços de orientação psicológica via e-mail e programa de orientação profissional via Internet. Apesar de destacarem aspectos importantes no processo de informatização da clínica considerando os aspectos éticos envolvidos, a discussão deste grupo distancia-se dos objetivos delimitados em nossa pesquisa relacionados à sistematização de registros. Ao mesmo tempo, aproximando-se da discussão aqui proposta, o NPPI também avalia a importância do diálogo e contribuições recíprocas entre as áreas da Psicologia e da Informática com participação próxima e assídua, e a necessidade do estabelecimento de objetivos comuns considerando a especificidade de cada área.

A partir dos elementos destacados nos levantamentos bibliográficos, podemos observar a relevância do tema escolhido para esta pesquisa, ou seja, as possíveis contribuições para a organização e planejamento de serviços e para a facilitação de pesquisas por meio de processos de informatização de registros do trabalho do psicólogo na clínica institucional. Ao mesmo tempo notamos a escassa produção científica sobre o assunto na área específica da Psicologia, reforçando a importância da realização de pesquisas e produção científica sobre o tema da informatização de registros. Por outro lado, o mesmo panorama não se configura tão escasso quando se realiza levantamento de artigos, dissertações e teses sobre prontuários eletrônicos na área da Medicina onde, ao contrário,

muito já se avançou sobre o tema. Por exemplo, os trabalhos de Marin, Massad & Azevedo Neto (2003) e Massad, Marin & Azevedo Neto (2003) ilustram e discorrem sobre a importância dos prontuários eletrônicos de pacientes (PEP) na Medicina e áreas afins, e podem contribuir para a reflexão sobre o tema. Apenas para enfatizar a diferença de produção científica entre as áreas da Psicologia e da Medicina, quando foi feita uma busca com os descritores registro clínico informatizado e medicina foram localizados 91.300 trabalhos.

Wechsler et al. (2003) em artigo de revisão discutem e analisam vários aspectos da inserção da informática nos consultórios médicos assistenciais e/ou de ensino. Neste trabalho, os autores discorrem sobre o PEP destacando dados históricos, principalmente na Europa, EUA e Brasil, funções, custos e benefícios, aspectos éticos e legais, e suas vantagens e desvantagens. Este artigo foi selecionado nas referências consultadas por apresentar um amplo panorama da discussão na área médica sobre a implantação do PEP. Wechsler et al. (2003) iniciam contextualizando a época na qual vivemos, ou seja, a sociedade da informação caracterizada por uma explosão de avanços tecnológicos e difusão de informações. Apesar de vivermos nesta época, muitos procedimentos e rotinas na área da saúde e educação são realizados dentro do modelo da sociedade industrial cujo elemento básico é o registro em papel. Contudo, os autores ressaltam a disponibilidade na área da informática médica de ferramentas e instrumentos para o apoio a organização administrativa da consulta médica, a captura, o armazenamento e o processamento de informações do paciente, a definição do diagnóstico, a conduta terapêutica, e o acesso às informações onde e quando elas forem necessárias para uma apropriada tomada de decisão. Além disso, os sistemas podem facilitar a consulta em meio eletrônico de milhares de revistas científicas, atlas e até dos mais recentes guias de condutas de prática médica.

O PEP na sociedade moderna passou a ter um papel extremamente importante, citando os achados de Wechsler et al (2003) das importantes funções, temos: subsídio de manutenção da saúde do paciente; no compartilhamento de informações entre os diferentes profissionais; base legal para as ações médicas; fonte de pesquisa clínica, estudos epidemiológicos, de avaliação da qualidade do cuidado e de vigilância a reações adversas de drogas; fonte de educação e reciclagem médica continuada; para a identificação de grupos de pacientes específicos; para a administração de serviços de saúde, fornecendo a sustentação para o faturamento e o reembolso, para a pré-autorização por pagadores, como base para a sustentação organizacional e para a gerência de custos.

Os primeiros modelos de PEP começaram a serem desenvolvidos a mais de quatro décadas, principalmente na Europa (Holanda, Suécia e Inglaterra) e nos EUA, em ambientes hospitalares. As primeiras tentativas visavam organizar o registro das seções dos prontuários dos pacientes que eram relativamente fáceis de estruturar. Como por exemplo, seção de diagnóstico, resultados de exames de laboratório e medicações. Porém, mais uma vez encontramos na literatura uma importante ressalva para a dificuldade de coleta em formato estruturado das informações em forma narrativa, tanto pela diversidade com a qual os profissionais médicos declaram os seus achados, como a identificação da relutância (resistência) de registrá-las diretamente no computador. No Brasil, os esforços para o desenvolvimento de modelos de PEP surgiram no meio universitário na década de 90. Ocorreram esforços isolados em várias instituições de grandes centros urbanos.

1.2 O contexto das Psicoterapias Breves

No contexto atual de muita velocidade, informação e ação, e no contexto institucional, as Psicoterapias Breves (PBs) são uma alternativa de atendimento psicológico. Alternativa por um lado sedutora pois propõe soluções rápidas e eficientes, é, de outro lado, alternativa paradoxal ao tentar no ritmo rápido e superficial dos dias atuais buscar num curto espaço de tempo aprofundar e ajudar a despertar e elaborar questões subjetivas as quais, segundo a visão tradicional, demandariam anos de análise. Muitas das críticas feitas às PBs afirmam tratar-se de trabalhos adaptativos, superficiais, egóicos, enfim, pouco profundos e/ou não propiciadores de mudanças psíquicas significativas e duradouras. Malan (1981), em sua pesquisa publicada em forma de livro, realizou um extenso levantamento bibliográfico das propostas de PB de diversos autores localizados em países da Europa, EUA e América Latina e as classificou em duas visões: a conservadora e a radical. Nesta classificação, podemos observar que na própria literatura sobre PB, alguns autores consideram esta técnica viável, ou indicada, para casos leves, de início recente e tendo como objetivo a eliminação do sintoma e o retorno ao equilíbrio anterior. Porém, o autor conclui o seu trabalho defendendo a visão radical, na qual seria possível ocorrer uma mudança psíquica significativa, mesmo para casos mais graves e crônicos.

Malan (1981) comprovou em seus estudos ser possível ajudar pacientes muito doentes e transformar comportamentos repetitivos e profundamente enraizados através da interpretação da transferência positiva e negativa, interpretações profundas e associações

com a infância, em psicoterapias de 30 a 40 sessões, não obstante a psicanálise ortodoxa considerar que este tipo de trabalho só poderia acontecer em um período de tempo muito mais extenso. De acordo com Lanman & Grier (2001), estudos realizados na Clínica Tavistock exploram o valor potencial de encontros breves, buscando manter o modo psicanalítico de trabalhar. Através de ilustrações clínicas detalhadas de trabalhos realizados na “Tavistock Marital Studies Institute”, os diversos autores-clínicos refletem sobre a natureza do contato deles com os casais em processos psicoterapêuticos, dos cônjuges entre si e, quando presente, da criança deles. Uma parte essencial do trabalho é encontrar maneiras de comunicar para os pacientes a compreensão clínica realizada pelo terapeuta. A profundidade da compreensão é resultado da profundidade do encontro terapêutico com os pacientes a qual não depende da duração da relação terapêutica, mas sim da sensibilidade e intensidade da atenção aos processos inconscientes e à comunicação presente em todas as interações, incluindo os estados provocados nos clínicos. Os autores mostram que a psicanálise como método de adquirir conhecimento emocional não é restrito aos tratamentos individuais de longo termo, mas pode ser utilizada e ser útil numa enorme variedade de ‘settings’ envolvendo dificuldades particulares. Além de não subestimar as possibilidades terapêuticas dos encontros breves, esses autores mostram vivamente a eficácia de tais encontros.

A visão de Malan (1981) não é unanimidade entre as PBs. Outros teóricos, por exemplo, enfatizam a “proibição” das interpretações transferenciais para não “estimular” a neurose de transferência em psicoterapias de tempo e foco delimitado. Os teóricos das PBs, entre eles, apresentados em ordem historicamente cronológica,: Alexander e French (1965); Malan (1981); Sifneos (1993); Gilliéron (1986); Fiorini (1999); e Braier (1981), discutem questões relacionadas à prática e à teoria: o número de sessões (desde 1 sessão até no máximo 1 ano de psicoterapia), o conceito e a definição de foco para o trabalho terapêutico, a atitude adotada pelo terapeuta ao longo do processo (p.ex.: neutralidade, atitude mais ativa, atitude docente, etc.), as regras abstratas do enquadre (associação livre do paciente ou direcionamento pelo terapeuta, atenção flutuante ou seletiva, etc.), a indicação, ou contra-indicação e objetivos da Psicoterapia Breve, entre outras.

É possível concluir que diferentes modos de teorizar e praticar a Psicoterapia Breve repercutem em diferentes potenciais de processos psicológicos. Falar em Psicoterapia Breve é, pois, algo abrangente e pouco preciso, dado à existência de diferentes teorias e recomendações técnicas, a partir das quais se constituem diferentes campos

psicoterapêuticos. Gilliéron (1986) chama atenção para o fato de objetivos específicos e limitados das PBs – por exemplo: melhora do sintoma, maior tolerância à frustração ou maior capacidade de amar – acharem-se vinculados a um ou outro aspecto da teoria psicanalítica e não à totalidade da mesma. Gilliéron levanta ainda a hipótese de estas escolhas “limitadas” por parte dos teóricos das PBs estarem relacionadas a aspectos de suas experiências clínicas particulares, ou ainda, a certas características de personalidade desses autores. Gilliéron sugere que se atribua menor importância para os sintomas e maior importância para a totalidade da organização psíquica da personalidade. Partindo desse princípio, ele propõe a manutenção das regras básicas da técnica da psicanálise – neutralidade, abstinência, atenção flutuante e associação livre – para a prática da PB e mudanças apenas no enquadre (passagem para frente a frente no lugar do uso do divã e delimitação do tempo) que alteram o processo psicoterapêutico, sempre considerando e alerta para a questão das resistências dos pacientes a mudança psíquica, o que implicaria numa lentidão das modificações profundas, e na atemporalidade dos processos inconscientes.

Otto Kernberg, atual presidente da IPA – Associação Internacional de Psicanálise –, ao escrever sobre as controvérsias contemporâneas na área da psicanálise e discutindo a relação entre psicanálise e psicoterapias analíticas, ressalta a necessidade de levantar questões de ordem conceitual, clínica, pedagógica e política para tal reflexão. Segundo Kernberg (2003), o plano conceitual exige não apenas definições sobre a essência do método psicanalítico (ou técnica), mas também sobre a fronteira entre a psicanálise, as psicoterapias analíticas e as psicoterapias de apoio que tiram seus princípios básicos da teoria e técnica da psicanálise. Quanto a estes aspectos, o autor propõe que as diferenciações entre as três modalidades de tratamento de base psicanalítica são decorrentes dos objetivos propostos, da técnica empregada e do processo resultante. O plano clínico exige estudos sobre as indicações, contra-indicações e prognósticos. Já no plano pedagógico, questiona-se o papel dos institutos e sociedades na formação dos psicanalistas e psicoterapeutas, o que envolve questões sobre metodologia pedagógica, especializações, vantagens e responsabilidades, relações entre as instituições psicanalíticas e outras. No plano político considera-se as alianças ou concorrências com outras instituições.

Este trabalho irá primeiramente apresentar, caracterizar e contextualizar o LEC da Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae, assim como a instituição onde se encontra e suas particularidades. Na descrição do LEC, apresentaremos sua história, momento atual e rotina de atendimentos e registro dos mesmos, e a fundamentação teórica do modelo de

atendimento do projeto no contexto das propostas de psicoterapias breves atuais, com ênfase no modelo de observação dos primeiros movimentos do sujeito que procura por ajuda psicológica – foco da sistematização de registros proposta neste trabalho. Uma vez traçado este panorama geral, num segundo momento descreveremos o processo do desenvolvimento da base de dados do LEC que levou à necessidade de seu aprimoramento – motivo desta pesquisa. Finalmente, no capítulo sobre o método, será apresentado o percurso da pesquisa proposta para a realização da reformulação da base de dados visando atingir os objetivos de desenvolver um novo modelo sistematizado de registro e garantir a acessibilidade de dados de parte do trabalho clínico realizado pela equipe do LEC. Nesta parte ocorrerá a descrição detalhada das etapas da pesquisa. Em seguida, os resultados encontrados serão apresentados e organizados de modo a possibilitar a discussão do modelo desenvolvido e do percurso de desenvolvimento e implantação do mesmo junto à equipe do LEC.

O LEC desenvolve suas atividades de assistência psicológica, reuniões para discussões clínicas e institucionais e pesquisas na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae (ISS). O ISS é um centro multidisciplinar de formação e serviços.

Faremos agora uma breve apresentação e descrição do ISS e do LEC e suas atividades.

1.3 O Instituto Sedes Sapientiae

O ISS, instituição com mais de 25 anos de existência, surgiu em 1975 através da iniciativa da *Madre Cristina Sodré Dória* (1916 – 1997) tendo adquirido estatuto jurídico em 1977. Nesse período construiu trabalhos nas áreas da saúde mental, educação e filosofia, e caracterizou-se pelo compromisso de analisar e responder às exigências do contexto social. Desde sua fundação, quando possibilitou a organização de pensamento e ação transformadora, até hoje, através de seus cursos e ações sociais diretas, o ISS busca a realização do homem como cidadão consciente de seus desejos, deveres e direitos.

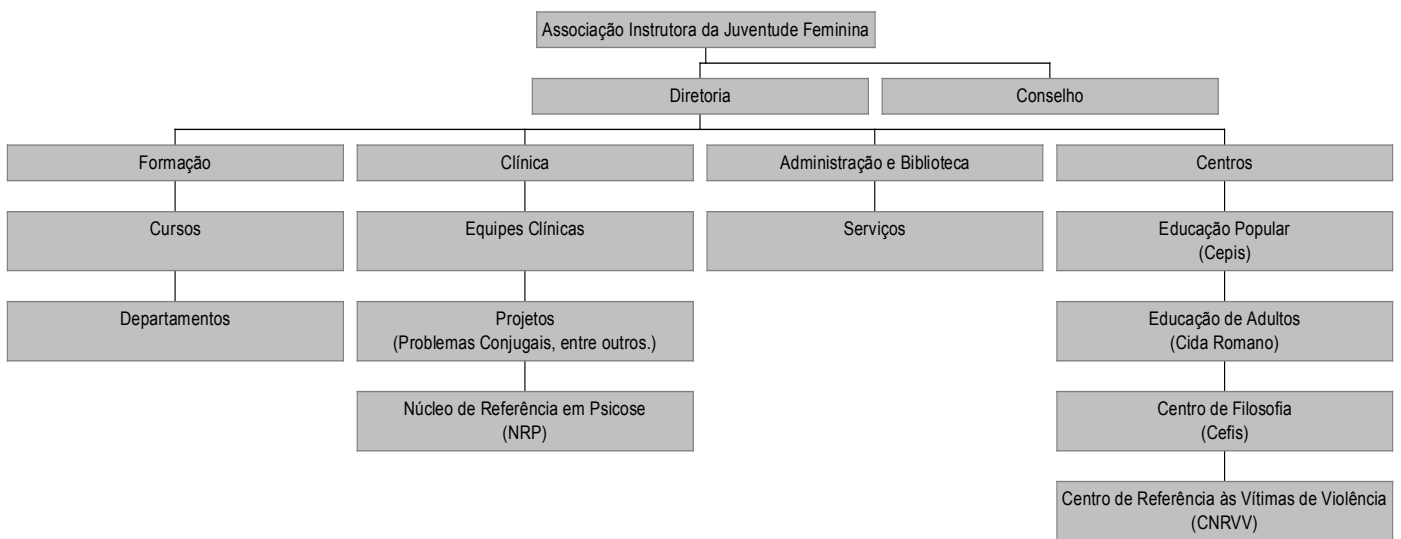
O ISS é um centro multidisciplinar de reflexão e um lugar permanente de formação e serviços. Segundo sua Carta de Princípios (1979)¹, tem o compromisso de “pautar suas atividades pelas linhas fundamentais que consagram o homem como princípio; a realidade social brasileira como campo de trabalho; o exercício da defesa dos direitos humanos como método e a libertação como fim”.

¹ A Carta de Princípios do ISS é um documento interno que é fornecido para os funcionários quando do momento de entrada na instituição

São mais de 200 professores, 150 terapeutas e 40 funcionários administrativos que desenvolvem seus trabalhos nos departamentos de Psicanálise, Arte Terapia, Formação em Psicanálise, Psicanálise da Criança, Psicodrama, Psicopedagogia, Psicodinâmica, Gestalt Terapia e Reichiano; nos centros de Filosofia (Cefis), Educação Popular (Cepis), Educação de Adultos (Cida Romano) e Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV); na Clínica, no núcleo de referência em Psicose (NRP); nos 30 cursos de especialização, aperfeiçoamento e mais de 30 de expansão.

A estrutura organizacional dos diferentes setores está representada no seguinte esquema (figura 1).

Figura 1: Organograma do Instituto Sedes Sapientiae



O ISS é uma instituição sem fins lucrativos, auto-sustentável, vinculada juridicamente à Associação Instrutora da Juventude Feminina. Desenvolve seus trabalhos com recursos provenientes dos cursos, de parcerias e de fontes financiadoras nacionais e internacionais. A diretoria é composta por seis membros com mandato de três anos, e uma diretora adjunta para a Clínica Psicológica. Há um conselho composto por representantes do Núcleo de Cursos, dos Departamentos, da Clínica, dos Centros, dos Funcionários, além da Diretoria. Possui sede própria com área de 3500m², construída em um terreno de 3000m², com 112 salas destinadas a cursos, conferências, reuniões, atendimento psicológico e serviço administrativo; dois anfiteatros, biblioteca e estacionamento.

1.4 A Clínica Psicológica do ISS

A Clínica Psicológica do ISS² atua como instrumento de prestação de serviços, formação profissional e pesquisa no campo da saúde mental. Tem como princípio promover condições que levem à construção e ao exercício da cidadania solidária, condizentes com a justiça social. Conta com uma rede interna de profissionais que presta serviços de atendimento psicológico à comunidade para diferentes faixas etárias (criança, adolescente e adulto) e sociais.

A Clínica do ISS atende a população de baixa renda do Município de São Paulo e da Grande São Paulo. O perfil dessa população é variado: há crianças e adolescentes “de rua”, em situação de risco de exclusão social ou de vulnerabilidade social; cidadãos em circunstâncias excepcionais, cujo sofrimento psíquico requer atenção constante ou urgente; crianças e adolescentes com família conhecida, de extração social média, mas com poder aquisitivo insuficiente para custear os tratamentos necessários na rede de serviços privada; trabalhadores jovens e adultos, empregados ou desempregados; estudantes universitários e profissionais liberais cujos recursos econômicos não permitem o tratamento na rede privada e não encontram possibilidade de atenção na rede pública.

A Clínica oferece diversas modalidades de atendimento. São elas: atendimentos psicoterápicos individuais ou grupais; atendimentos psicoterápicos, de orientação ou de intervenção em crise, para casais e famílias; atendimento em psicopedagogia para crianças e adolescentes em situação de risco social, conjugado a atendimento psicoterápico; ateliê em

² A descrição da Clínica Psicológica do ISS foi baseada em documento interno de Dra. Laura de Almeida Sampaio (presidente ou responsável legal) e Maria de Fátima Vicente (Diretora Adjunta da Clínica e Técnica responsável pelas atividades) de dez./2004.

arte-terapia para adolescentes, jovens e idosos; atendimento em psicoterapia individual e/ou grupal realizado por profissionais voluntários que estagiam na Clínica em especialização, provenientes de vários cursos do ISS; retaguarda psiquiátrica para atender os usuários que necessitem ser medicados; plantão psicológico para o pronto atendimento do usuário que procura a Clínica em situações de crise; grupos de acolhimento que oferecem atendimento semanal; núcleo de referência em psicoses, formado por projetos multidisciplinares em rede de parcerias, que oferece atendimento clínico e inclusão de crianças com necessidades especiais; grupo de graves, atendimento semanal destinado a usuários em sofrimento psíquico intenso que não necessitem de tratamento intensivo. Além delas, há vários projetos especiais, serviços de atenção a demandas clínicas específicas. Um deles, o Projeto de Problemas Conjugais (LEC), destinado aos usuários cuja questão emergencial esteja referida ao vínculo conjugal, é o objeto da presente pesquisa. As rotinas de funcionamento do LEC serão descritas adiante.

Neste contexto atuam profissionais de diversas formações teóricas e com diferentes inserções institucionais, quais sejam: diretor adjunto (vínculo CLT), terapeuta contratado – TC, (vínculo CLT), terapeuta estagiário – TE (alunos dos cursos do ISS que realizam estágio na Clínica), terapeuta de projeto – TP (ex-alunos dos cursos do ISS que são terapeutas voluntários na Clínica), psiquiatra, supervisores e representantes de cursos (professores dos cursos do ISS com vínculo CLT), coordenadores e representantes de projetos (vínculo voluntário e/ou CLT), e corpo administrativo (secretária, auxiliar de escritório, porteiro e encarregado de limpeza, todos com vínculo CLT). Os profissionais da área de saúde desenvolvem seus trabalhos nos centros e nas equipes clínicas, projetos e núcleos de referência, e buscam, além de prestar serviço, o desenvolvimento de pesquisas e formação atualizada.

O corpo técnico da clínica é organizado em setores, sendo eles: Diretor-adjunto, Setor Equipes Clínicas, Setor de Projetos, Núcleo de Referência em Psicoses, Psiquiatria e Corpo Administrativo.

1.5 O Laboratório de Estudos da Conjugalidade: atendimento em psicoterapia breve (LEC)

O LEC vem se desenvolvendo na Clínica do ISS desde outubro de 1999. Sua equipe, constituída por 11 psicoterapeutas, um coordenador e um supervisor, reúne-se semanalmente

em reuniões com duração de 1h30 para supervisão em grupo e quatro sábados por ano durante um período (manhã ou tarde) para realização de discussões de questões teóricas, clínicas, institucionais, avaliação das pesquisas em andamento e das rotinas de funcionamento. Os atendimentos psicoterapêuticos breves de orientação psicanalítica são realizados por psicólogos com especialização em PB pelo curso do ISS. Os objetivos do LEC, além da assistência psicológica, são: aprofundar a compreensão das relações conjugais no momento atual, facilitar a compreensão da psicoterapia breve de orientação psicanalítica por parte dos profissionais ligados à área, possibilitar aos psicólogos a conjugação da teoria com a prática, a formação profissional contínua e a realização de pesquisas.

Deste modo, podemos situar os objetivos gerais do LEC em quatro frentes: assistencial: tratamento e prevenção; formação profissional: apropriação por parte dos profissionais da técnica de psicoterapia breve no atendimento de casais e indivíduos em situação de conflito ou crise conjugal; educacional: aprimoramento de uma proposta de intervenção, sistematização de um modelo de observação clínica, investimento na formação de novos profissionais, campo de prática supervisionada, discussões em equipe, grupos de estudo e desenvolvimento de material para aulas, palestras e publicações científicas; e, pesquisa: desenvolvimento de base de dados visando facilitar pesquisas qualitativas e quantitativas, outras pesquisas desenvolvidas pela equipe do LEC.

O LEC segue o modelo teórico-prático de PB de orientação psicanalítica desenvolvido por Hegenberg (1998, 2004) cujos fundamentos teóricos principais são as propostas de Psicoterapia Breve formuladas pelos psicanalistas Balint e Malan da Tavistock Clinic de Londres (Malan, 1981) e Gilliéron da Policlínica Psiquiátrica Universitária de Lausanne (Gilliéron, 1986, 1993, 1996); a psicopatologia estrutural psicanalítica de Jean Bergeret (Bergeret, 1998) e os conceitos de encontro e comunicação significativa de D.W. Winnicott (Winnicott, 1983)

Hegenberg é coordenador, professor e supervisor do Curso de Especialização em PB do ISS, e supervisor do LEC. Desenvolveu e sistematizou uma forma de trabalhar em PB baseada nos autores acima citados ao longo de mais de 20 anos de experiência clínica, institucional e docente, e sistematizou seu pensamento nos seus trabalhos desenvolvidos na dissertação de mestrado (Hegenberg, 1998) e tese de doutoramento também publicada em forma de livro (Hegenberg, 2004).

Jean Bergeret (Bergeret, 1996) na sua formulação de psicopatologia psicanalítica estrutural propõe alguns princípios norteadores destacando-se entre eles: a independência da noção de normalidade em relação à noção de estrutura; o aspecto subjetivo e variável de

normalidade em função das realidades profundas de cada um; a importância de diferenciar a estrutura das manifestações externas (defesas, sintomas); e, a independência da noção de “normalidade” em relação à uma possível idéia de hierarquia das estruturas no sentido maturativo, elaborativo e relacional das diferentes funções do ego (hierarquia estrutural). O autor fundamenta a sua proposta de psicopatologia nas noções desenvolvidas por Freud de evolução libidinal e desenvolvimento do ego.

Na sua teoria Bergeret (1996) formula a distinção entre dois níveis: um nível latente e profundo, que evolui para uma estruturação do funcionamento mental cada vez mais precisa e imutável e, de outra parte, toda uma série de fenômenos manifestos e superficiais muito menos específicos, e com isto, muito mais modificáveis. Além disso, Bergeret faz uma diferenciação entre estruturas estáveis (linhagens psicóticas e neuróticas) e organização (estado limite) de personalidade. O autor estabelece quatro principais critérios para o diagnóstico de personalidade, sendo eles: a natureza da angústia latente; o modo de relação de objeto; os principais mecanismos de defesa; e, o modo de expressão habitual do sintoma. Considerando a avaliação destes critérios, estabelece os seguintes diagnósticos de personalidade: a estrutura neurótica caracterizada por ter como instância dominante o superego, a natureza do conflito é entre o superego e o Id; a natureza da angústia é a de castração, o principal mecanismo de defesa é o recalque e a relação de objeto é genital (triangular). A estrutura psicótica que se caracteriza por ter como instância dominante o Id, a natureza do conflito é entre o Id e a realidade, a natureza da angústia é a de fragmentação, os principais mecanismos de defesa são a negação da realidade e o desdobramento do ego, e a relação objetal é fusional. Para Bergeret (1996) o estado-limite é uma organização de personalidade e não uma estrutura, e para esta organização há a possibilidade de ocorrer uma desorganização e uma nova estruturação na linhagem neurótica ou psicótica. A organização estado-limite se caracteriza por ter como instância dominante o ideal de ego, o conflito é entre o ideal de ego e a realidade ou o Id, a natureza da angústia é a de perda do objeto, os principais mecanismos de defesa são a clivagem dos objetos e a forclusão e a relação de objeto é anaclítica.

Na modalidade de atendimento da PB, de acordo com Malan (1981) e Gilliéron (1993), as motivações para mudança, a focalização, a delimitação do tempo e o enquadre proposto são fatores primordiais do processo psicoterapêutico. Em linhas gerais, a proposta de psicoterapia breve adotada no LEC considera a avaliação inicial e o contrato contemplando o foco e o tempo de trabalho (além dos aspectos relativos a horário, frequência, honorário, falta, dentre outros), como fundamentais para o estabelecimento do

enquadre no qual a psicoterapia se desenrolará. A psicoterapia breve é constituída por três fases: 1) momento inicial - quando o contrato que envolve a avaliação da indicação, definição do tempo de psicoterapia (máximo 1 ano), frequência (geralmente 1x/semana) e foco a ser trabalhado; 2) o processo; e, 3) o término, quando é fundamental a elaboração da separação entre terapeuta e paciente(s). A data do término é precisamente definida, o que modifica a relação que se estabelece e facilita a elaboração da separação e das questões em foco. Durante o processo, mantêm-se as regras da associação livre e atenção flutuante, com interpretações associando o conflito atual com experiências mais primitivas, interpretações relacionando as características de personalidade com o conflito atual em foco e interpretações relacionadas à transferência com o terapeuta e/ou a dinâmica do casal. Faz parte da rotina do LEC, após o término do processo, o terapeuta responsável marcar entrevistas de follow-up para 6 meses, 18 meses e 5 anos, com objetivo de acompanhamento dos desdobramentos do processo terapêutico, lembrando que os terapeutas que trabalham com PB acreditam na capacidade dos indivíduos continuarem a elaboração de suas questões mesmo após o término dos encontros com o terapeuta, e pesquisa.

Com o fato do LEC trabalhar com questões conjugais, os terapeutas estão atentos a compreender os motivos conscientes e inconscientes da união e dos conflitos do casal, e procuram relacioná-los com as organizações de personalidade e as histórias de vida individual e conjugal.

A proposta de definição do foco, de acordo com a definição formulada por Hegenberg (2004), e como é trabalhada no LEC nos atendimentos individuais e de casais envolve principalmente quatro aspectos: noção de tendência à focalização pelo próprio paciente (Gilliéron, 1993), possibilitando a manutenção das regras psicanalíticas de associação livre e atenção flutuante sustentadas pelas alterações no enquadre comparando-se ao enquadre clássico da psicanálise, ou seja, passagem da situação de 4 ou 5 sessões semanais na posição divã-poltrona e sem tempo pré-determinado para 1 ou 2 sessões semanais, posição face a face e tempo pré-determinado de no máximo 1 ano – estas alterações de enquadre exaustivamente estudadas por Gilliéron, (1993) garantem o não estabelecimento da neurose de transferência, regressão e dependência do terapeuta devido ao estabelecimento da noção de realidade temporal e contato com as questões ligadas à finitude e aos limites reais (relacionadas com a angústia de castração) a partir do claro estabelecimento da data do término e do contato visual estabelecido com a posição face-a-face; o segundo aspecto é a análise psicanalítica realizada pelo psicólogo. A hipótese psicodinâmica inicial estrutura-se na análise do triângulo de *insight* de Menninger formado pela ligação entre a relação de

transferência com o terapeuta, as atuais relações interpessoais (conflito atual) e relações primitivas significativas. A partir do material deste encontro psicólogo-paciente ou psicólogo-casal, é feita a interpretação inicial do conflito e há tempo (extra e intra-sessões) para primeiras elaborações, reações e reflexões, chegando-se, ao término do processo inicial (em geral na 4^a. Sessão), a uma resolução conjunta (psicólogo e paciente ou casal) do melhor desfecho/indicação (Gilliéron, 1986). Para esta análise considera-se a história de vida, o relato do momento atual e do conflito vivido e a relação transferencial com o terapeuta; o terceiro aspecto envolve a compreensão da organização de personalidade de acordo com a psicopatologia de Jean Bergeret (Bergeret, 1998), segundo a leitura e sistematização de Hegenberg (2004) em três tipos distintos de personalidade: tipo N (neurótico), tipo EL (estado-limite) e tipo P (psicótico); e, por fim, a avaliação de ser ou não momento de crise segundo critérios de Hegenberg (2004), de acordo com os quais a crise representa um momento de ruptura de sentido de vida (plano existencial) e não como uma crise adaptativa ou de passagem de momentos de vida (adolescência, fase adulta, casamento, gestação, separação, entre outros.).

1.5.1 Recepção no Plantão do LEC

Pessoas sozinhas ou com os seus respectivos cônjuges chegam ao Sedes com queixas de problemas conjugais e procuram diretamente o LEC – que mantém um plantão com atendimento por ordem de chegada uma manhã por semana— ou, quando o desconhecem, a própria Clínica do Instituto, de onde são encaminhados ao plantão. A procura pode ser por atendimento nas modalidades individual ou casal, porém, com queixa circunscrita a problemas conjugais. No plantão, as pessoas são recebidas por um psicólogo que ficará responsável por quatro sessões iniciais (em média), durante as quais são realizadas as quatro tarefas estabelecidas por Hegenberg (2004) quando o projeto terapêutico é definido (caso haja demanda, motivação e indicação para psicoterapia) e ao longo das quais já ocorre uma intervenção psicoterapêutica; ou seja, as quatro sessões não representam apenas uma triagem de candidatos à participação do LEC.

Segundo Hegenberg (2004), a principal função do terapeuta nas primeiras sessões é identificar as causas do momento crítico pelo qual passa o paciente e ajudar na elucidação da procura por ajuda psicológica. Para tanto, ele propõe a realização de quatro tarefas a serem efetuadas nas sessões iniciais, quais sejam: formular a intervenção inicial baseada na

angústia que motivou a procura por terapia, recorrendo à escuta atenta do discurso do paciente e suas motivações inconscientes, sua queixa e sintomas, o motivo da consulta e a avaliação inicial da organização de personalidade de acordo com a psicopatologia psicanalítica estrutural de Jean Bergeret (Bergeret, 1998). Deve-se considerar o modo de apresentação (primeiros movimentos), a primeira fala significativa e a reação emocional do terapeuta; Reconhecer se há ou não crise por meio da compreensão da biografia (articular presente, passado e futuro), estilo de vida e avaliação de ter havido ou não uma ruptura no sentido de vida e na própria subjetividade (experiência de estranhamento de si e do mundo); Definição do foco, o qual poderá estar ligado à crise ou à(s) característica(s) de personalidade ligada(s) ao porquê da consulta; Avaliação da indicação para psicoterapia breve; é o momento do contrato.

A partir deste referencial, os terapeutas do projeto quando da primeira sessão no plantão – entrevista livre, na qual as queixas e/ou informações são expostas livremente – formulam a compreensão inicial da problemática que levou à procura (1ª. tarefa). Para Hegenberg (2004), repetimos, tal compreensão baseia-se fundamentalmente nos primeiros movimentos (comunicação não verbal), nas primeiras falas do paciente e na reação emocional do psicólogo. Na segunda e na terceira sessões, nas quais ocorre a elaboração da hipótese inicial, investiga-se as relações primitivas significativas e a história de vida (individual e conjugal) estabelecendo-se correlações com a relação transferencial com o psicólogo, e observa-se as reações frente às proposições do terapeuta. Nestes momentos procura-se verificar se este é ou não um momento de crise (2ª. Tarefa), avaliam-se a flexibilidade das defesas, as funções egóicas, a capacidade de ‘insight’ e de abstração, o desejo de mudança, a possibilidade de focalização, a demanda de análise, buscando estabelecer um diagnóstico inicial de personalidade (3ª. Tarefa). Finalmente, na quarta sessão (em média), retoma-se o motivo da consulta com o intuito de refletir acerca do desejo do paciente ou do casal pela continuação ou não do processo terapêutico; tal reflexão é feita com base na apropriação do conflito realizada pelo próprio paciente/casal bem como na avaliação da indicação terapêutica sugerida pelo psicólogo (4ª. Tarefa). Vale ressaltar que se trata aqui de um processo realizado pela dupla/tríade terapêutica nestes primeiros encontros e não de uma decisão unilateral do psicólogo. O paciente ou casal pode decidir concluir o processo no momento em que compreende e se apropria do seu conflito atual, até então confuso e sem sentido, achando-se agora satisfeito e capaz de reorganizar sua vida, sem demanda para um processo terapêutico mais longo. De acordo com Gilliéron (1983), a apropriação da interpretação inicial abre três possibilidades para o paciente: solucionar a

problemática imediatamente renunciando ao sintoma, retomar a organização psíquica anterior (pré-crise), ou ainda de decidir engajar-se em um processo mais longo.

Uma vez definida a realização da Psicoterapia Breve (continuação do processo), estabelece-se o foco de trabalho que deve ser enunciado claramente ao(s) paciente(s) e um limite de tempo (máximo um ano). Caso contrário, o processo se encerra na quarta sessão (em média) ou se procede a um encaminhamento para outra modalidade de atendimento psicológico na Clínica do ISS ou de outros serviços de Psicologia.

Nos atendimentos de casais, não se trata mais de uma relação psicólogo-paciente na qual ocorre a manifestação das motivações inconscientes na relação transferencial que se estabelece. Nessas situações o campo psicoterapêutico inclui o psicólogo e os cônjuges, ou seja, três tipos de relação se manifestam: 1) relação entre os cônjuges; 2) relação entre o casal e o psicólogo; 3) relação entre cada cônjuge e o psicólogo. Cada uma dessas é regida por motivações inconscientes e todas interferem no processo de focalização (Dantas, João & Hegenberg, 2001).

1.5.2 Registros e desenvolvimento do banco de dados

Faz parte da rotina de trabalho dos psicólogos do LEC o registro escrito de todos os atendimentos realizados, o que tem a função de suporte para as discussões e supervisões, momentos de decisões clínicas e reflexão sobre o trabalho do grupo, envolvendo questões de ordem do planejamento terapêutico, da técnica, da teoria e definição de rotinas e diretrizes do serviço. Inicialmente os registros eram realizados por cada terapeuta em anotações pessoais livres e nos relatórios clínicos institucionais anexados aos prontuários da instituição (relatório inicial, relatórios mensais e relatório final). A variedade de tais registros dificultava a análise do conjunto dos dados, sejam eles sócio-econômicos, administrativos, de identificação de pacientes, dados do contrato e processo terapêutico breve ou clínicos.

Em 2001, a equipe do LEC elaborou uma “Ficha de registro dos primeiros contatos” (anexo 1). Tal iniciativa ocorreu em função da necessidade do grupo de organizar as observações dos terapeutas e as informações dos primeiros contatos com os pacientes para as supervisões que priorizavam nesta época as questões da recepção e avaliação inicial. Nesta etapa, utilizou-se como modelo a proposta de “questionário sobre a primeira entrevista” formulada e apresentada por Gilliéron (1996) em seu livro “A primeira entrevista em psicoterapia”.

Gilliéron (1986) desenvolveu uma proposta de psicoterapia breve psicanalítica que ficou conhecida como a *Técnica de Lausanne*. Em 1968 iniciou estudos mais sistemáticos das PBs. De início seguiu orientação próxima à de Balint e Malan da Tavistock Clinic da Inglaterra. Ou seja, inspirou-se na técnica da *Psicoterapia Focal* cuja característica fundamental era a de ser um trabalho psicoterapêutico de base psicanalítica com duração previamente delimitada entre 20 e 40 sessões. Seu principal critério para indicação é a motivação para *insight* e as metas do paciente e do terapeuta devem ser as mesmas. A técnica proposta recomenda atenção e negligência seletivas, propõe maior atividade do terapeuta e interpretação da transferência durante todo o tratamento, com especial ênfase na ligação da transferência com a infância e com a elaboração da raiva e do sofrimento provocados pela perda do terapeuta por ocasião da alta. O foco é a área específica que necessite ser trabalhada, tema específico para interpretações seletivas. Partindo deste modelo, Gilliéron aos poucos passa a concentrar sua atenção em questões relativas ao enquadre, ou seja, as influências do *setting* no processo terapêutico. Levanta a hipótese de que modificações contextuais simples influenciam o processo associativo. Assim, Gilliéron (1986) afirma que a mudança em relação ao enquadre psicanalítico clássico com a passagem para a posição face a face (F – F) e a limitação temporal é suficiente para modificar o funcionamento psíquico consciente e inconsciente, e intensificar os afetos. Essas mudanças no enquadre garantem a inibição da compulsão a repetição, a inibição do processo regressivo e impõe a noção de realidade temporal que remete às questões relacionadas com a angústia de castração, ou seja, relacionadas com a finitude humana e os limites de cada um.. Com isso, propõe a manutenção da atenção flutuante do analista e da associação livre do paciente, diferenciando-se da proposta da psicoterapia focal da Tavistock Clinic, alicerçado na hipótese de ser função do enquadre criar uma situação psíquica apropriada para favorecer a eficácia da interpretação..

Em seus estudos, Gilliéron demonstrou a importância do aprimoramento de técnicas de intervenções iniciais eficazes para pacientes com problemas psicológicos. Destacou dois objetivos a serem investigados: o desenvolvimento de pontos de referência para o diagnóstico psicodinâmico precoce preciso e rigorosos princípios técnicos de interpretação (Gilliéron, 1986). Além disso, interessou-se pelos aspectos não verbais das relações interpessoais e suas relações com o inconsciente. O seu modelo de observação dos movimentos iniciais do paciente fundamenta-se na idéia de que o comportamento do paciente em sua relação com o terapeuta e com as características básicas do contexto da consulta abre a possibilidade de deduzir o modo de funcionamento habitual do paciente, ou

seja, a provável organização de sua personalidade. Para a compreensão do funcionamento psíquico do paciente, propõe a análise rigorosa do seu comportamento verbal e não verbal e de suas relações com o terapeuta; tais elementos estão ligados à problemática atual do paciente (conflito atual) e são trazidos pelo mesmo através de suas queixas e sintomas. É importante vincular sempre as manifestações psíquicas observadas às condições da observação, pois os comportamentos não têm a mesma significação em diferentes contextos. Em síntese, de acordo Gilliéron (1986), a análise do comportamento do paciente com relação ao enquadre na primeira entrevista, em especial nos primeiros minutos, deve permitir conhecer o modo de chegada do paciente à consulta, o tipo de relação que o paciente procura estabelecer com o terapeuta e as queixas iniciais verbalizadas pelo paciente, em particular a maneira pela qual formula seu pedido de ajuda. Esta análise deve ser realizada pelo terapeuta e registrada no “questionário sobre a primeira entrevista”.

Inspirada neste modelo de registro e recomendação técnica de observação e análise de comportamentos verbais e não verbais a equipe do LEC organizou sua ficha estruturada para registro após as primeiras sessões. A ficha era preenchida manualmente em papel por todos os terapeutas e utilizada como base para as supervisões, momentos cruciais para aprofundar por parte dos terapeutas do LEC a compreensão da técnica em uso e da situação clínica em atendimento. A equipe observou empiricamente uma melhora significativa na percepção por parte dos terapeutas de detalhes nos comportamentos de seus pacientes; isso facilitava a compreensão da organização da personalidade e da relação que se estabelecia, facilitando o fortalecimento da aliança terapêutica e a intensificação dos processos e interpretações terapêuticas. Outra constatação empírica da equipe era a de que com maior tempo de experiência nos atendimentos realizados no LEC, os terapeutas passavam por número significativamente menor de situações nas quais os pacientes abandonavam o tratamento, as vezes antes mesmo do término da avaliação inicial, e demandavam tempo menor (ou número de sessões) para a realização do processo como um todo. Contudo, a equipe tinha o objetivo de desenvolver pesquisas sobre a experiência de atendimentos no plantão e sobre as discussões realizadas nas supervisões, e estas não podiam ser fundamentadas exclusivamente em impressões subjetivas ou mnemônicas que tinham durante as discussões. As fichas estruturadas facilitavam a observação e o relato dos atendimentos enriquecendo as supervisões e discussões clínicas, mas não possibilitavam ainda uma visão panorâmica do trabalho desenvolvido pela equipe. Uma forma de registro mais sistemática poderia, por exemplo, ajudar a perceber repetições, padrões de comportamento, queixas conjugais recorrentes, falhas dos terapeutas no momento do

contrato que facilitariam “maus entendidos” ou abririam espaço para atuações dificilmente interpretáveis se o enquadre não estivesse claramente definido.

A partir destas constatações empíricas, no segundo semestre de 2001, completados três anos de funcionamento do LEC, e com o intuito de desenvolver pesquisas e avaliar o andamento dos atendimentos clínicos, a equipe do LEC criou um banco de dados informatizado para o registro dos atendimentos com critérios pré-definidos (seções ou campos na linguagem da informática) e com a finalidade de ser uma base de dados quantitativos e qualitativos. O objetivo do banco de dados era o de formular uma base de dados consistente e fidedigna. Pretendia-se como objetivos gerais e a longo prazo que a base de dados possibilitasse fornecer informações para as discussões e supervisões clínicas, refletir acerca dos serviços de psicoterapia breve na clínica do ISS, rever estratégias técnicas de intervenção e o planejamento do próprio serviço, desenvolver medidas psicológicas preventivas a partir de dados da realidade da população atendida, identificar necessidades de estudo ou supervisão, dentre outros.

Em agosto de 2001, a parte administrativa da clínica do ISS já se encontrava informatizada, era alimentada pela secretaria e disponibilizada para a equipe técnica e terapeutas. Foi quando a equipe do LEC elaborou a primeira estrutura do banco de dados para registro do material clínico. Para tanto, foi utilizada como base a “Ficha de registro dos primeiros contatos”, agora ampliada para o registro também das fases subsequentes da psicoterapia breve – recepção, processo, término e *follow up*. Como fundamento para esta ampliação, recorreu-se à teoria das psicoterapias breves de orientação psicanalítica e às discussões nas reuniões da equipe do LEC para as primeiras formulações. Foram definidos os dados que seriam relevantes e precisariam estar registrados sobre a história de vida pessoal, histórico conjugal, momento atual, a compreensão clínica do terapeuta, dados clínicos de contrato (p.ex.: foco, tempo) e dados do processo psicoterapêutico dos casos em atendimento, individuais ou de casais. A estrutura do banco de dados foi construída por integrantes da equipe em programa doméstico de computador (*Access*) em computadores pessoais. Cada terapeuta recebeu um disquete com um arquivo contendo a estrutura do banco de dados que serviria de base para os registros de seus atendimentos, tanto aqueles a serem realizados quanto os anteriores. Supunha-se que os terapeutas possuiriam a maior parte dos dados necessários, mesmo de atendimentos já realizados, pois eram elementos das anotações pessoais manuscritas discutidas exaustivamente nas supervisões.

Os terapeutas preencheram o banco de dados para cada um de seus atendimentos. Surgiram novas discussões a partir das constatações de cada um, e delas resultaram algumas

alterações na estrutura, configurando-se um processo de construção do grupo envolvendo constantes reformulações a partir do impacto do uso deste recurso no cotidiano da prática clínica. A preocupação da equipe era a de abarcar os itens e critérios considerados fundamentais para o processo de PB, com possibilidade de registros descritivos que fornecessem dados fenomenológicos suficientes para análise da questão psicodinâmica apresentada pelo paciente, da história de vida e familiar, da demanda e motivo da procura, o foco e tempo de trabalho, o processo de terapia, encerramento e follow up de 6 e 18 meses. Em anexo apresentamos a ilustração de uma das páginas dessa primeira estrutura de banco de dados (anexo 2).

Uma das dificuldades encontradas pelos terapeutas no uso deste banco de dados deveu-se à quantidade de caracteres que eles podiam utilizar em cada campo de registro, pois, em geral, a quantidade necessária era maior que a possível. Solicitamos então a ajuda do técnico de informática do ISS que concentrou os registros de todos os terapeutas em uma única estrutura e elaborou uma base de dados no sistema interno de informática do ISS. O técnico criou um *link* entre o sistema de informações da secretaria (parte administrativa) e a base de dados específica do LEC. A base de dados passou a fazer parte do sistema do ISS, porém o acesso estava vinculado a um nome de usuário protegido por senha de acesso fornecida exclusivamente aos integrantes da equipe do LEC. Neste processo, a maior parte dos campos para registro da dados clínicos era de tamanho indeterminado e necessariamente quando se criava um nome de usuário de paciente todos os campos eram abertos, independentemente de serem ou não preenchidos. Isto foi constatado mais tarde e acarretou como problema uma lentidão na abertura e processamento das informações pelo tamanho, muitas vezes desnecessário, que se gerava sempre que se incluía um novo registro de paciente.

Contudo, esta base de dados citada acima possibilitou a organização das informações do trabalho clínico realizado pela equipe nos três primeiros anos de funcionamento do LEC e com isso foi possível realizar a caracterização da população que procurou atendimento, os principais motivos da procura, as questões que eram trabalhadas (foco) e o tempo (João, P.M., Dantas, M.S., Hegenberg M., 2001), além de sistematizar o modo de definir o foco no atendimento de casais (Dantas, M. S., João, P.M., Hegenberg, M., 2001).

Apesar do avanço na ordenação das informações sobre o trabalho do LEC, foram identificadas algumas “falhas” na organização de certos dados cuja maneira narrativa de registro dificultava ou inviabilizava seu uso em determinadas formas de pesquisa. Entre tais “falhas”, observou-se que o modo pelo qual o banco de dados fora desenvolvido vinha sendo

pouco aproveitado, uma vez que não permitia buscas de dados clínicos para perguntas que implicavam em respostas quantitativas ou para perguntas que demandavam agrupamentos por categorias de dados qualitativos. Ou seja, por exemplo, não era possível resgatar rapidamente qual a queixa que aparecia com maior frequência, pois cada terapeuta registrava de um modo, às vezes de forma descritiva, às vezes já “interpretada”, não permitindo nem agrupamentos por categorias e nem dados quantitativos sobre a frequência das queixas. Além disso, notou-se uma enorme discrepância entre os diferentes registros, sendo, por exemplo, ou extensos, ou sucintos, ou descritivos, ou interpretativos, etc. Se, por um lado, isso é fruto das diferentes singularidades dos terapeutas e são dados para estudos qualitativos, por outro, isso produz registros pouco esclarecedores e de difícil análise do conjunto dos dados para pesquisa e planejamento de diretrizes clínico-institucionais. Notou-se a necessidade de padronizar e sistematizar a estrutura do banco de dados que estava funcionando nos moldes de um programa de texto, ou seja, de forma narrativa, o que dificultava o acesso aos dados.

A diversidade dos registros narrativos, a dificuldade de padronizá-los de modo sistemático visando facilitar o acesso as informações e a adaptação dos registros clínicos para um modelo informatizado atuaram como foco da pesquisa que seria o de avaliar a viabilidade de definir padrões de comportamento verbais e não verbais passíveis de serem registrados de modo sistemático por diferentes terapeutas a partir dos encontros clínicos de duplas terapeuta-paciente(s), delimitando-se como objeto da pesquisa as observações realizadas nos primeiros momentos do encontro terapêutico no plantão. A identificação de padrões comportamentais verbais e não verbais poderia contribuir na avaliação da organização de personalidade do paciente com a finalidade de estabelecer o diagnóstico precoce preciso, um dos critérios relevantes para definição da indicação e foco de uma PB. Estamos retomando uma questão de Gilliéron já apresentada nesta introdução, qual seja, a da importância de desenvolver pontos de referência para o diagnóstico psicodinâmico precoce. A proposta seria a de seguir um método de investigação empírica qualitativa por meio da análise do material clínico registrado pelos terapeutas do LEC no banco de dados e outros registros disponíveis para reformular a forma e estrutura de registro vigente até então.

O desafio que se impunha para a pesquisa era o de estabelecer categorias (padrões) para o registro de material clínico sem reduzir ou mutilar a própria clínica e nem a riqueza dos encontros psicoterapêuticos. Por meio do raciocínio clínico, fundamentado na teoria da técnica das psicoterapias breves de orientação psicanalítica, pretendia-se desenvolver um modo de registrar a clínica e possibilitar a pesquisa e a reflexão acerca da mesma. Tendo por

foco a sistematização do registro escrito de material clínico, sem a perda ou redução do raciocínio clínico, era indispensável que a pesquisa e a proposta de padronização para informatização fossem realizadas por psicólogo clínico.

A relevância desta proposta de re-estruturação do banco de dados ia ao encontro do objetivo inicial de sua construção, ou seja, a elaboração de uma base de dados consistente e fidedigna para a reflexão da prática clínica a partir de dados reais, organizados e sistematizados. Desse modo, as decisões clínicas e o planejamento de diretrizes do serviço poderão se basear em constatações a partir da realidade tal qual ela se apresenta e não exclusivamente em impressões subjetivas, mnêmicas ou intuitivas. Muitas vezes continuamos a nos basear em informações ou impressões passadas, sem atualizá-las, o que é um risco para o exercício ético da profissão.

Com o intuito de criar um método sistematizado de registro e com isso garantir a acessibilidade de dados do trabalho clínico realizado pela equipe do LEC foi desenvolvida uma pesquisa de análise de documentos, a partir da qual foram estabelecidos critérios de codificação e padronização de respostas para a re-estruturação do banco de dados utilizado pela equipe do LEC.

Esta pesquisa irá se limitar a investigar os registros já realizados pelos terapeutas para avaliar a viabilidade de se desenvolver RPs para uma parte do todo do banco de dados. Pode ser um primeiro passo para o aprimoramento do instrumento como um todo, mas se limitará a uma parte: os momentos iniciais do encontro terapeuta-paciente(s) no plantão do LEC. Para esta investigação será utilizado um método qualitativo para a abordagem do material – o registro dos terapeutas - visando a definição das RPs. O resultado final da parte re-estruturada do banco de dados pode vir a fornecer dados qualitativos e quantitativos, mas o método de investigação, análise dos resultados e discussão será qualitativo e flexível, observando e refletindo sobre as dificuldades encontradas ao longo da pesquisa.

Espera-se como resultado desta pesquisa a definição de respostas padronizadas (RP) para registro informatizado de análise da observação de comportamento verbal e não verbal do paciente na 1^a. fase do processo de PB, ou seja, na recepção no plantão que segue em 4 sessões iniciais (em média). Estas RP devem abarcar as principais observações clínicas realizadas pelos terapeutas e fornecer dados suficientes para reflexão sobre a demanda, motivo da procura, características da organização de personalidade e problemática atual do paciente, elementos fundamentais para a avaliação da indicação para PB. Portanto, as demais fases do processo não serão sistematizadas neste trabalho.

Importante se fazer a discriminação necessária entre os objetivos gerais a curto e longo prazo do LEC e os objetivos gerais e específicos desta pesquisa. Ambos caminham juntos e se complementam, porém, são diversos. Anteriormente já foi citada a intenção da equipe do LEC de desenvolver um banco de dados que fornecesse informações qualitativas e quantitativas visando abarcar necessidades das quatro frentes de objetivos gerais do LEC, que não serão abarcados nesta pesquisa, quais sejam: 1) assistencial; 2) formação profissional continuada; 3) educacional; e, 4) pesquisa. Além disso, a equipe pretende desenvolver e aprimorar instrumentos que ajudem a avaliar e refletir sobre o serviço prestado e identificar problemas e necessidades na prática clínica assistencial, no modo de funcionamento do serviço e na possibilidade de realizar trabalhos preventivos ou necessidades de estudo e pesquisa baseados em dados reais da prática.

Estes objetivos do LEC podem envolver elementos que sejam conflitantes no método e forma de tratamento. Turato (2003) discorre com clareza ao falar de metodologias de pesquisa qualitativa e quantitativa. Um aspecto relevante destacado pelo autor é que estas pesquisas se complementam, mas não seguem o mesmo método. É possível o diálogo e a contribuição entre estas diferentes formas de se realizar pesquisa e, conseqüentemente, dos diferentes achados e conclusões que chegam. Por tanto, é necessário ter clareza do problema bem delimitado a se resolver para escolher um caminho (método) para resolvê-lo.

1.6 Objetivos da pesquisa

Os objetivos da pesquisa são:

1.6.1 Objetivos gerais

- Disponibilizar dados clínicos sistematizados em respostas padronizadas (RPs) para reflexão sobre a indicação para PB na clínica institucional e facilitar pesquisas.
- Facilitar a troca de experiência com outros serviços que já realizaram a informatização de registros clínicos ou pretendem realizar.

1.6.2 Objetivos específicos

- Reformular uma parte da base de dados do LEC: trata-se dos registros dos primeiros movimentos do paciente em busca de ajuda psicológica.
- Sistematizar os registros das informações dos primeiros movimentos dos pacientes do LEC do período de outubro de 1999 a julho de 2004.
- Definir RP (Respostas Padronizadas) visando o registro informatizado das primeiras observações de comportamento verbal e não verbal de pacientes que procuram o plantão do LEC.
- Analisar e discutir por método qualitativo a propriedade das RPs por meio de avaliação de juizes.

1.7 Aspectos éticos

É importante ressaltar que cuidados éticos em relação ao sigilo dos dados estarão sendo tomados tanto na instituição que abriga o LEC, quanto na realização desta pesquisa. Além dos aspectos de sigilo e ética, estaremos continuamente atentos para não reduzir ou perder o raciocínio clínico e os dados qualitativos.

As conclusões a que se pretende chegar nesta pesquisa só podem ser atingidas através da análise do material clínico acumulado nos anos de atendimento do LEC; daí a necessidade de examiná-lo em detalhe, com todos os cuidados adequados, incluindo tanto o sigilo e a privacidade dos registros quanto os dados de identificação de clientes e outros que poderiam eventualmente identificá-los.

A pesquisa visa trazer benefícios para os envolvidos e para a instituição, e espera-se assegurar a continuidade dos benefícios mesmo após sua conclusão.

Por tratar-se de pesquisa retrospectiva de documentos que utilizará como material de análise os registros escritos, arquivos e prontuários não envolvendo diretamente seres humanos, não foi adotado um “termo de consentimento livre e esclarecido”. Não haverá exposição dos registros individuais, sendo os dados apresentados já na forma de categorias preservando-se assim a privacidade das informações.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação das instâncias competentes do ISS (coordenação do LEC, Diretoria Adjunta da Clínica e Diretoria Geral do ISS) e segue em anexo a carta de autorização para realização da pesquisa (anexo 3).

2 MÉTODO

Os objetivos serão atingidos por meio de método qualitativo de investigação empírica a partir da coleta sistemática dos dados e com o processo de padronização e informatização em desenvolvimento no LEC por meio de análise de conteúdo dos registros clínicos.

2.1 Material de análise

O material utilizado para análise serão os registros livres realizados pelos terapeutas do LEC em ficha estruturada e informatizada (anexo 2) descrevendo os momentos iniciais das psicoterapias breves, momentos esses cruciais para a avaliação clínica da indicação, da demanda e da motivação para PB. A ficha estruturada foi inspirada no modelo de Gillieron (1996) de análise de comportamentos verbais e não verbais dos primeiros momentos do encontro terapeuta e paciente. Durante o período em que tais registros eram efetuados, a ficha fazia parte de um programa de banco de dados do sistema de informática do ISS. Alguns registros foram feitos pelo próprio terapeuta responsável após o encerramento da psicoterapia breve com base em anotações pessoais ou em anotações realizadas no mesmo modelo de ficha estruturada, porém ainda em papel e não em modelo informatizado.

O registro dos atendimentos realizados no LEC é efetuado pelo psicólogo logo após as sessões, em ficha padronizada e arquivada em banco de dados informatizado e dela constam os seguintes campos para anotações narrativas:

1. Informações que precedem o atendimento;
2. Descrição das primeiras observações e impressões do psicólogo ainda na sala de espera;
3. Descrição da apresentação e da caminhada até a sala de atendimento;
4. Descrição do modo como o paciente ou cada cônjuge do casal entra e se coloca na sala de atendimento;
5. Primeiras falas do atendimento (paciente ou psicólogo);
6. Reação emocional do psicólogo;
7. Síntese do 1º encontro;
8. Síntese das 4 sessões iniciais;
9. Síntese do processo psicoterapêutico com categorias pré-determinadas (Foco, Crise, tempo de terapia, etc.);

10. Síntese da entrevista clínica livre de *follow up* após 6 meses do encerramento da Psicoterapia Breve.

Consideramos os registros de 1 a 6 como material de análise da 1ª. fase da avaliação inicial. Para a análise qualitativa dos dados, a autora incluiu no material de análise os campos 7 e 8.

Delimitação

A pesquisa não pretende incluir todo o banco de dados elaborado pela equipe do LEC. Foram utilizados os registros das primeiras observações e os dados relativos à procura no momento do plantão de recepção, ou seja, são as primeiras observações clínicas da 1ª. fase de avaliação inicial para psicoterapia breve (itens acima de 1 a 6).

Desde o início do LEC em outubro de 1999 até julho de 2004 foram realizados 186 atendimentos, podendo ser tanto de casais como individuais.

2.2 Critérios de inclusão

Os registros realizados nestes campos referentes aos atendimentos do período de outubro de 1999 a julho de 2004 serão utilizados como documentos de análise, com ênfase nos campos de registro de 1 a 6, os quais são o foco da reformulação proposta por esta pesquisa. Em anexo exemplo do programa no qual os registros são realizados como aparece no sistema e foram utilizados de base para pesquisa (anexo 2).

2.3 Critérios de exclusão

Os primeiros 49 atendimentos realizados no início do LEC não foram incluídos nesta pesquisa, pois os terapeutas não dispunham ainda de uma padronização de observação e registro, não havendo, portanto, registros no banco de dados; os registros então existentes encontravam-se apenas nos prontuários institucionais em formas diferentes de relatórios sendo assim impossível resgatar as informações necessárias.

Além disso, foram excluídos os atendimentos dos quais não havia registro dos primeiros contatos (itens de 1 a 8 descritos acima) até 30 de julho de 2004, data da coleta dos dados, o que totalizou uma perda de 53 registros.

Deste modo, temos como material de análise:

- Serão utilizados os registros do período de outubro de 1999 a julho de 2004.
- Foram analisados 84 registros referentes aos primeiros movimentos que estavam impressos em papel e encadernados (após autorização da diretoria do ISS) para facilitar o manuseio e a análise.

2.4 Procedimento

Foi estabelecido como proposta metodológica a realização de pesquisa qualitativa documental retrospectiva dos registros de material clínico – arquivo, prontuário, registros escritos, banco de dados – do LEC, a partir da qual serão definidas RP para re-estruturação do banco de dados já existente visando aprimorar a forma de registro com intuito de melhorar a comunicação e a pesquisa.

Foi realizada análise de conteúdo dos documentos seguindo orientação das propostas de Bardin (1977) e Turato (2003). A análise foi realizada em três etapas formuladas por Bardin:

1ª. etapa: pré-análise

O objetivo desta etapa era organizar o material de análise, ou seja, tornar operacionais os registros originais a serem utilizados no desenvolvimento da re-estruturação do banco de dados. Ao término desta etapa, o material bruto de análise encontrava-se organizado em uma primeira sistematização. Ou seja, os campos dos primeiros movimentos de todos os 84 registros utilizados encontravam-se organizados e sistematizados.

Esta etapa foi subdividida em 5 fases:

a) **leitura flutuante** dos 84 registros dos primeiros movimentos; aqui o material foi lido e relido sem critérios previamente estabelecidos, pois o objetivo era, após se deixar impregnar pelo material, podermos identificar elementos que apresentassem algum grau de homogeneidade entre si e/ou que se repetissem com frequência; foram

adotados critérios de repetição e relevância do material para uma primeira sistematização dos dados.

b) **escolha dos documentos**: na fase anterior observou-se que alguns campos da ficha estruturada não se achavam preenchidos ou que as respostas de alguns dos campos mostravam-se incompletas ou mesmo localizadas em outros campos. A partir desta constatação, definiu-se que para a sistematização das respostas, além dos campos de cada ficha estruturada, iríamos recorrer à leitura de todos os campos e do campo de síntese das primeiras sessões visando englobar o maior número possível de informações para a sistematização de respostas de cada campo. Nesta etapa, a pesquisadora iniciou a re-organização do material, principalmente no sentido de resgatar as informações que se encontravam dispersas. Na etapa 1 já havia sido possível identificar alguns grupos de informações que se repetiam e/ou se destacam por relevância, o que foi utilizado como referência para leitura das narrativas livres, em especial nos campos de síntese dos primeiros encontros (resumo dos atendimentos) onde foi possível localizar muito das informações não preenchidas em outros, por exemplo, a reação emocional do terapeuta e primeira fala significativa, campos que já se apresentavam como mais críticos.

c) **formulação de hipóteses e objetivos**: a idéia aqui era de colocar em evidência, de modo sistemático, certas propriedades do texto; nesta fase, após já ter sido realizada uma leitura que agrupava respostas recorrentes e respostas relevantes, o material bruto foi reorganizado numa primeira sistematização de resposta para cada campo. As informações oriundas de outros campos foram incluídas (trabalho iniciado na fase 2). Começamos a construção de tabelas para sistematizar os grupo, ainda em forma de narrativa, porém de modo mais sintético e preciso.

d) **elaboração de indicadores**: recorte do texto em unidades comparáveis, categorização e codificação para registro dos dados; buscou-se sintetizar as informações tornando-as mais acessíveis e passíveis de padronização. Foi realizada uma revisão das tabelas elaboradas na etapa 3 e os registros livres, apesar de sintéticos, foram passíveis de se agrupar e iniciar a construção das categorias. A mesma tabela foi mais uma vez re-organizada, agora com a preocupação de estabelecer uma

denominação comum para os fenômenos agrupados, aproximando da construção de respostas padrão.

e) **preparação do material**: todas as respostas dos 84 registros foram reorganizadas em tabelas de forma sintética. Basicamente, foi realizada uma revisão sistemática das tabelas construídas, garantindo o máximo de campos preenchidos e com linguagem o mais homogênea e sintética possível. O cuidado nesta etapa era o de não interferir no conteúdo original registrado, mas garantir uma forma que o tornasse viável de ser padronizado.

2ª. etapa: exploração do material e definição de padronização de respostas

Nesta etapa, foi realizada uma leitura e uma análise sistemática do material agora organizado. Foi então possível destacar dos registros originais as respostas que se repetiam ou que se mostravam relevantes permitindo a definição de RP. A partir deste estudo sistemático, estabelecemos RP para a re-estruturação do banco de dados. Neste ponto atingimos um dos objetivos da pesquisa. Ou seja, a definição de RP's para a reorganização do banco de dados. As RP's serão apresentadas em forma de tabela como resultado da pesquisa acompanhada da discussão dos mesmos.

Ainda nesta etapa, enquanto as RP iam sendo estabelecidas, as mesmas foram apresentadas e discutidas com o técnico de informática do ISS com o propósito de garantir uma forma de padronização compatível com as exigências do sistema de informática visando a eficácia da implantação e com o intuito de facilitar futuras pesquisas. Realizamos com o técnico alguns encontros com duração média de três horas. Neste processo, algumas modificações foram feitas e estratégias estabelecidas. Era o momento de definir se para cada campo bastaria uma única alternativa de resposta (respostas excludentes). Alguns campos precisaram ser desdobrados para que pudessem contemplar as informações necessárias e, ao mesmo tempo, respeitar a lógica de funcionamento do sistema. O objetivo primordial era o de garantir a qualidade e o fácil acesso às respostas registradas.

Uma das estratégias adotadas foi a de eliminar a alternativa de resposta “outros(as)”. Deste modo, cada vez que um terapeuta não encontrasse uma alternativa compatível com a sua observação ou com a informação obtida, ele deveria anotar e comunicar o fato ao responsável pelo banco de dados, sendo possível a criação de novas respostas contemplando as necessidades da prática profissional e institucional. Tais cuidados pretendiam preservar os

dados registrados, sem o que poderíamos chegar a distorções de resultados em alguma pesquisa. Estas distorções certamente ocorreriam se para um determinado campo existissem inúmeras respostas “outros(as)”, impossibilitando o resgate e conhecimento daquela informação considerada importante. Por exemplo, se fôssemos registrar qual a queixa formulada pelo paciente e tivéssemos 2 registros de queixas (p. ex. traição e dificuldade de comunicação) e 8 registros de outras, não teríamos um resultado fidedigno para a pergunta de qual a queixa mais freqüente. Um dos princípios norteadores de todo o processo de construção do banco de dados, antes e durante a pesquisa, é justamente a idéia de processo de construção do banco de dados elaborado por um grupo de trabalho e pesquisa. Ou seja, isto significa a inclusão consciente da necessidade de ajustes constantes conforme as demandas e amadurecimento do grupo. O banco de dados estará sempre em “avaliação” e a possibilidade de inclusão, exclusão, reformulação ou maior esclarecimento de RP’s estará aberta. Por outro lado, teremos sempre em mente a necessidade de seguirmos com rigor as metodologias de pesquisa delimitadas no tempo. Apesar da possibilidade de reformulações do banco de dados para seu aprimoramento constante, cada pesquisa que se desenvolver utilizando dados oriundos dele deverá delimitar adequadamente sua coleta de dados visando garantir a homogeneidade ou, ao menos, considerar os efeitos de alguma possível alteração no decorrer da pesquisa.

Ao término desta etapa, foi criado um modelo de RP para os campos de 1 a 6 do banco de dados do LEC. O modelo consistia de 14 tabelas com RP contemplando as informações que necessariamente deveriam ser registradas. Ficou estabelecido que além dos campos com RP fechadas e pré-estabelecidas, o banco de dados manteria campos texto para respostas narrativas, por exemplo, para comentários, para a síntese das primeiras sessões e alguns aspectos da análise psicodinâmica do paciente ou casal. Esta decisão fundamentou-se na dificuldade encontrada em definir RP’s para singularidades do encontro humano entre paciente(s) e terapeuta que eram muito freqüentes ao longo dos registros e que mereciam um espaço próprio para seus registros, sempre tendo em mente o objetivo do banco de dados de fornecer informações ricas e fidedignas para pesquisas quantitativas e qualitativas.

3ª. etapa: tratamento dos resultados obtidos – teste qualitativo do instrumento desenvolvido por meio de avaliação de juizes

O objetivo desta fase da pesquisa era o de verificar se as RPs piloto elaboradas pela pesquisadora contemplavam e correspondiam às informações relevantes dos registros

originais, base para elaboração do novo modelo estruturado. Tratava-se, agora, de testar se as RP estabelecidas correspondiam às observações clínicas dos terapeutas e se as mesmas estavam todas incluídas, lembrando aqui da preocupação citada anteriormente de manter ao máximo possível o conteúdo dos registros, alterando apenas a sua forma. Para tanto, após a definição do modelo de RP piloto (primeiro resultado), foi realizado um teste do uso deste modelo piloto para o registro da análise de comportamento verbal e não verbal durante a fase inicial do tratamento psicológico (recepção no Plantão).

Foi elaborada uma forma de avaliação do modelo de RP. Esta avaliação consistia em utilizar o modelo piloto por meio de classificação das respostas. Foram formuladas as seguintes perguntas

1) As RP propostas dão conta do que tinha sido observado na prática clínica pelos terapeutas do LEC?

2) Foi possível registrar o que constava de forma narrativa nos registros originais?

Esta avaliação foi realizada por 6 juízes e inspirada em estratégia de pesquisa quantitativa, porém, com o intuito de seguir com o método de análise qualitativa do material para a construção do banco de dados. Justificaremos a seguir o motivo desta escolha de avaliação.

Critérios para seleção dos juizes

O critério para seleção dos juizes era que 50% deles fossem terapeutas do LEC e 50% deles fossem psicólogos com alguma experiência em pesquisa ou prática profissional em instituição, mas sem qualquer tipo de vínculo direto com o LEC ou com a Clínica Psicológica do ISS. Assim, foram convidados 3 terapeutas do LEC, e 3 psicólogos que tenham ou já tivessem tido algum vínculo com algum programa de pós-graduação na área da psicologia ou com alguma instituição.

Considerou-se relevante a inclusão de juizes de fora do LEC para evitar leituras e respostas que poderiam ser permeadas por vícios oriundos da rotina da prática profissional. Pensou-se que psicólogos não familiarizados com a rotina do LEC teriam uma visão mais neutra, o que garantiria maior fidedignidade para o instrumento desenvolvido.

A identidade dos juizes foi preservada durante o momento da avaliação e da análise dos resultados. Este cuidado foi tomado pelo fato da pesquisadora trabalhar junto com parte dos psicólogos envolvidos nesta fase, assim como eles estariam classificando registros que poderiam ser seus ou de colegas próximos, com isto, pensou-se que esta estratégia poderia

garantir uma maior liberdade de ambos os lados por estarem assegurados em suas privacidades. Sabe-se que muitas vezes estes trabalhos desenvolvidos em instituições podem disparar angústias persecutórias que não seriam construtivas para o processo de pesquisa e de construção do banco de dados. Bleger (1984) alerta para o fato do psicólogo que trabalha em instituições ter consciência que a sua participação pode promover ansiedades de tipos e graus diferentes e que o manejo das resistências, contradições e ambigüidades forma parte da sua tarefa. Considerando este fato reconhecido e descrito na literatura, optou-se por utilizar estratégia do método quantitativo. Para tanto, cada juiz retirou (por meio de sorteio cego) um número de identificação com o qual assinalou no local de identificação as folhas de resposta. Os dados de identificação dos juizes, onde constava entre outras informações se ele pertencia ou não ao LEC, foram colocados em envelopes pardos e lacrados. Exemplo de material entregue aos juizes será colocado em anexo. (anexo 4)

Descrição da avaliação realizada pelos juizes

O trabalho dos juizes consistiu em alocar os registros originais nas RP piloto em teste.

Cada juiz recebeu um kit com os 10 registros sorteados e identificados apenas por números dos 84 registros originais. Ou seja, todos os juizes receberam os mesmos dez registros. Tais registros faziam parte daqueles registros livres realizados pelos terapeutas do Laboratório em estrutura de banco de dados com campos texto pré-estabelecidos (registros narrativos).

Seleção dos registros para avaliação dos juizes

Para a seleção dos 10 registros realizamos um sorteio. Nele foram selecionados aleatoriamente 10 números de 1 a 84, correspondentes aos números estabelecidos pela pesquisadora no momento da análise dos registros. Optou-se por esta estratégia pelos mesmos motivos citados anteriormente visando proteger o andamento da construção do banco de dados, da pesquisa e dos seres humanos (aqui os terapeutas) envolvidos. Estas decisões foram tomadas ao longo da pesquisa, em reuniões com a orientadora, a partir das observações de reações emocionais na própria pesquisadora e no grupo.

Para a etapa da seleção aleatória foi utilizado um saco de tecido escuro contendo 84 pedras numeradas de 1 a 84. Os 10 registros selecionados foram examinados pela

pesquisadora visando excluir aqueles que estivessem incompletos, ou seja, com campos em branco. Caso houvesse alguma exclusão, seria selecionado pelo mesmo método outro registro e assim por diante até atingirmos a quantidade de 10 registros completos (com todos os campos preenchidos).

Bastou um único sorteio, pois se verificou que todos os registros tinham a totalidade dos campos preenchidos. Os registros selecionados foram os seguintes: 1. 46; 2. 35; 3. 57; 4. 74; 5. 66; 6. 33; 7. 59; 8. 31; 9. 48; e, 10. 40.

A tarefa dos juízes consistiu em classificar os 10 registros sorteados utilizando para cada um deles um conjunto com 14 tabelas. Cada juiz deveria ler os registros e utilizar as tabelas (anexo 4) de forma a nelas incluir o máximo de informações disponíveis nos originais. Cada registro e classificação corresponde a um paciente, pois, mesmo que se tratasse de atendimento de casal, o registro era referente a um dos cônjuges (registros individuais).

Os juízes foram instruídos a deixar em branco as situações em que não encontrassem alternativas adequadas para a classificação, e a colocar uma observação ou sugestão do que supunham estar faltando. Estas observações eram importantes para que na fase da análise qualitativa pudéssemos determinar se o juiz não classificou por não encontrar uma alternativa que correspondesse ao registro ou se não havia informação suficiente para o preenchimento. Deixamos os juízes à vontade, pois todos os comentários seriam bem vindos e poderiam ser utilizados no momento da análise e discussão dos resultados. Os comentários orais ou escritos realizados pelos juízes serão utilizados no momento da discussão dos resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“(...) é necessário o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho: conhecimentos e técnicas que possam fazer viável a tarefa e frutíferos os princípios. Mas, por outra parte, estes instrumentos só podem ser conseguidos enfrentando paulatinamente a tarefa, porque só nesta experiência viva podem ir-se gestando.”

Bleger (1984)

Buscando ajudar a compreender e acompanhar o método utilizado, optamos por apresentar os resultados da seguinte forma: inicialmente descreveremos sucintamente a rotina seguida pelos terapeutas nos dias de Plantão e em que contexto ela se dá. O objetivo é permitir ao leitor acompanhar o olhar e a atitude do terapeuta na observação dos primeiros movimentos do paciente ou casal, movimentos esses que serão posteriormente registrados. Depois, apresentaremos as 14 tabelas que representam o resultado das etapas 1 e 2 do método de análise do material; são as tabelas piloto “testadas” pelos juízes. Ainda com a intenção de facilitar a compreensão, optamos por apresentar uma por vez, cada qual seguida pelos resultados do teste dos juízes (etapa 3) e da discussão. Em síntese, teremos a apresentação de tabela por tabela, teste dos juízes referente a cada tabela e discussão destes resultados bem como a sua apresentação.

Na discussão, visando responder à situação problema, analisaremos as contribuições e limitações do estabelecimento de RPs para o registro de atendimentos clínicos. Futuramente será muito importante procurar validar esta parte do instrumento em desenvolvimento, o que implicaria num tratamento quantitativo com modelo estatístico compatível. Porém, o passo inicial irá se limitar a desenvolver, analisar e refletir sobre as RPs e padronizações de comportamentos verbais e não verbais da primeira parte do banco de dados (excluindo-se, naturalmente, a parte administrativa realizada pela secretaria).

3.1 Rotina dos terapeutas no plantão do LEC

Os terapeutas do LEC seguem uma rotina pré-estabelecida nas recepções realizadas no Plantão para os atendimentos de casais ou indivíduos que buscam ajuda psicológica em

função de problemas conjugais. Esta rotina, como foi apontado anteriormente, segue a orientação do modelo de psicoterapia breve de vértice psicanalítico formulado por Hegenberg (2004). Os terapeutas tiveram, em comum, a mesma formação no curso de especialização de psicoterapia breve do ISS, coordenado por Hegenberg, e realizam supervisões semanais nas reuniões do LEC.

Para compreender o contexto no qual os fenômenos que serão minuciosamente observados e posteriormente registrados se manifestam é fundamental detalhar tanto a rotina dos terapeutas quanto a rotina da instituição e o espaço físico onde se dão os atendimentos. A observação destes fenômenos, dos comportamentos verbais e não-verbais, associada à reação emocional do terapeuta, e a “escuta” psicanalítica do discurso do(s) sujeito(s), formam a base para a formulação da hipótese diagnóstica inicial e a compreensão da demanda. Estão aí incluídos: 1) o diagnóstico da estrutura ou organização de personalidade de acordo com a psicopatologia estrutural psicanalítica de Jean Bergeret (1996); 2) o diagnóstico da situação atual que motivou a procura pelo Plantão e 3) a compreensão da formulação inicial da queixa e análise da demanda.

Já fizemos referência à importância de se considerar o contexto, ou enquadre, onde os fenômenos se manifestam para poder compreendê-los e interpretá-los. O mesmo comportamento em diferentes contextos terá significados diferentes. Uma pessoa queixar-se de problemas conjugais para a amiga ou para a cabeleireira pode ter significado e tensão emocional bem menores do que quando tais problemas são expostos a um terapeuta desconhecido, numa situação desconhecida e sem saber exatamente o que pode acontecer, como os mesmos serão compreendidos e trabalhados ou encaminhados.

Para atingir o objetivo de realizar um diagnóstico de personalidade psicanalítico estrutural, seguindo orientações de Bergeret e Dubor (1998), os terapeutas do LEC adotam no Plantão uma atitude de observação do tipo psicanalítico. Ou seja, a observação visa integrar a dimensão histórica do sujeito em questão e utiliza a transferência como via principal de acesso aos estados afetivos e relacionais, passando pela observação fenomenológica do sujeito considerado no enquadre proposto. Após as observações iniciais, desde a chamada na sala de espera até a entrada e acomodação de todos os envolvidos na sala de atendimento, o contexto da entrevista psicanalítica não prioriza nem o sintoma em si e nem somente as expressões somáticas, o que configuraria um modelo médico de anamnese muito próximo de um interrogatório. Os terapeutas adotam uma posição intersubjetiva e o(s) paciente(s) não permanece(m) no papel de objeto passivo, e sim de sujeito ativo organizador real do próprio discurso, do seu modo singular de se comunicar. Em síntese, não se trata de um interrogatório,

mas de uma escuta na qual o sujeito que busca ajuda é deixado o mais “a vontade” possível. Contudo, os terapeutas estarão atentos ao modo de expressão verbal, ao afeto presente, ao grau de adaptação às realidades internas e externas, à intensidade e organização do discurso, à maior rigidez ou flexibilidade nas relações interpessoais e na relação com o terapeuta, mímica, presença de humor e clima mais ou menos erotizado. Além disso, prestarão atenção às necessidades do paciente em relação ao terapeuta: dominar, isolar, criar distância, seduzir, rivalizar, etc. Para tanto, o paciente deve encontrar um ambiente facilitador que lhe permita organizar espontaneamente o seu modo de expressão relacional – fusional, anaclítica ou triangular -, evidenciar o seu tipo de angústia – de fragmentação, de perda de objeto ou de castração – e recorrer às suas principais defesas habituais – recalçamento, desdobramento do ego, desdobramento dos imagos, recusa ou projeção.

Para a realização destas observações iniciais e a primeira entrevista, leva-se em conta tanto as condições concretas, tais como: tempo, local e pagamento; quanto as condições abstratas, ou seja: regras da instituição, *setting* terapêutico envolvendo posição face a face e regras do par atenção flutuante/associação- livre e neutralidade e abstinência; e clima de disponibilidade e autenticidade.

Num segundo momento, na mesma ou em entrevistas subsequentes, e seguindo o método psicanalítico, outros aspectos serão investigados, entre eles: antecedentes pessoais do(s) sujeito(s), características dos pais incluindo as relações na infância e as atuais, relação com irmãos, história conjugal e outros relacionamentos anteriores, filhos, estado de saúde atual, história de desenvolvimento afetivo, *hobbies* e relações sociais. As anotações não são feitas na presença do(s) paciente(s), e sim após a partida dele(s).

3.2 A Rotina

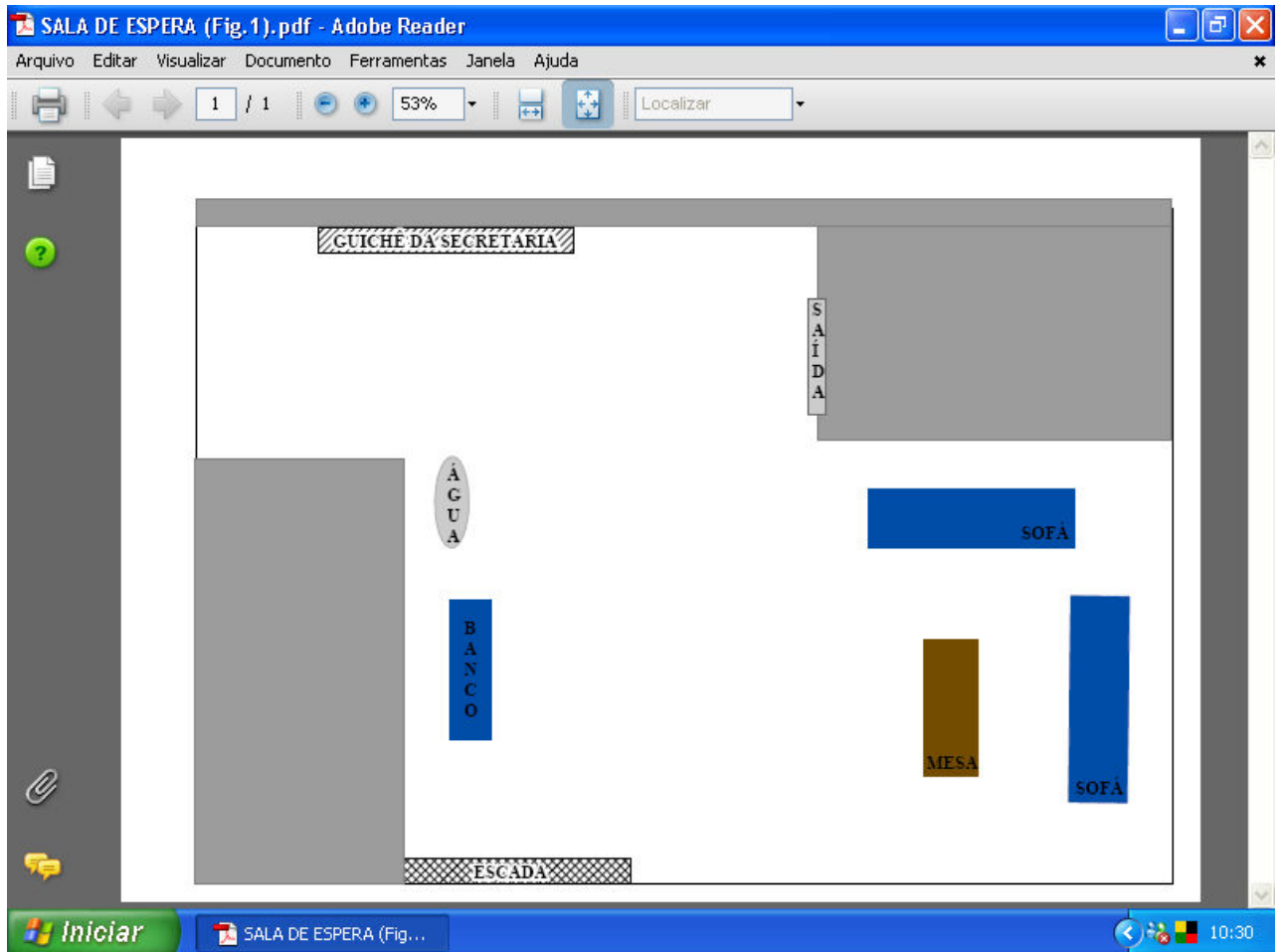
Seja internamente no Sedes, seja para outras instituições ou profissionais, ou ainda para meios de comunicação (Internet, por exemplo). As informações fornecidas pelo LEC em relação ao Plantão são as que se seguem: os pacientes com questões conjugais serão atendidos por ordem de chegada nas quintas-feiras entre 9h00 e 11h00. O atendimento seguirá a forma de chegar do paciente: sozinho, se chegou sozinho, acompanhado, se chegou acompanhado, etc., pois estes movimentos já são indicativos do modo de se apresentar do sujeito e são importantes para a compreensão do mesmo. Não é necessário agendar previamente com a secretaria, contudo, na prática, a maioria dos pacientes telefona para a secretaria da Clínica Psicológica do ISS para obter informações e as secretárias já realizam um pré-cadastro (nome,

telefone) e fazem algumas observações (quem ligou, qual motivo, se é para casal ou individual e alguma eventual peculiaridade que possa ter chamado a atenção no telefonema). Há pessoas que comparecem pessoalmente em dia diferente para pedir informações e segue-se o mesmo procedimento dos telefonemas com a secretária.

Quando o(s) paciente(s) chega(m) na Clínica, dirige(m)-se ao guichê da secretária localizado próximo da sala de espera (figura 1). Lá eles devem assinar uma lista de presença e são orientados a preencher uma ficha sócio-econômica (rotina da instituição para abertura do cadastro e posterior elaboração de prontuário); feito isso, devem aguardar nos sofás da sala de espera a chamada do terapeuta plantonista.

Ao chegar, o terapeuta plantonista passa pela secretária (parte interna) e se informa da(s) presença(s), da ordem de chegada e das eventuais particularidades dos movimentos dos pacientes. Após obter estas informações com a secretária, dirige-se para a sala de espera e chama o primeiro paciente ou casal pelo(s) nome(s) mantendo-se em postura neutra, e atento aos movimentos dele(s): como responde(m) ao chamado e cumprimenta(m) o terapeuta. Após as apresentações, em geral o terapeuta diz apenas ser o responsável pelo plantão do dia e que vai atendê-lo(s) e sugere que se dirijam à sala de atendimento. Novamente o terapeuta mantém postura neutra e aguarda e observa o movimento do paciente: se sai andando na frente, se dispara, se anda ao lado, atrás, etc.

Figura 1 Sala de Espera



Passam por um corredor (figura 2) e finalmente chegam à sala de atendimento (figura 3) a qual já deve estar arrumada pelo plantonista do dia e com o lugar dele claramente demarcado. Mais uma vez o terapeuta mantém-se o mais neutro possível a fim de observar como entra(m) e se acomoda(m). Estando já todos sentados, o terapeuta mantém-se em silêncio (ao menos por 7 segundos) aguardando a primeira fala do(s) paciente(s). Caso ele(s) não inicie, após sustentar um período de silêncio, o terapeuta pergunta o motivo da procura e assim prossegue a primeira entrevista que, de fato, começou desde as primeiras notícias do(s) paciente(s) pela secretaria.

Todos estes passos serão minuciosamente observados e posteriormente registrados.

Figura 2 Corredor

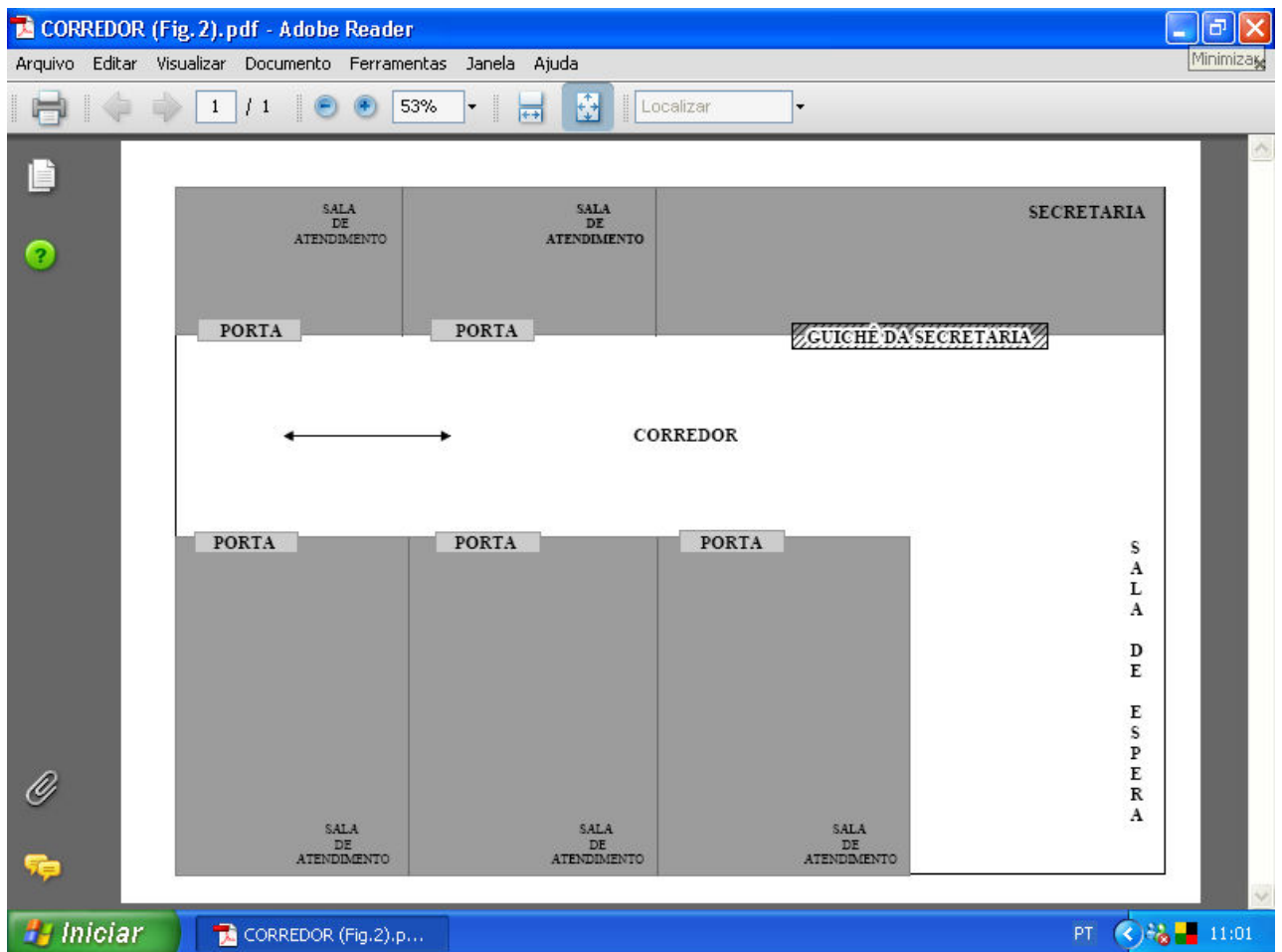
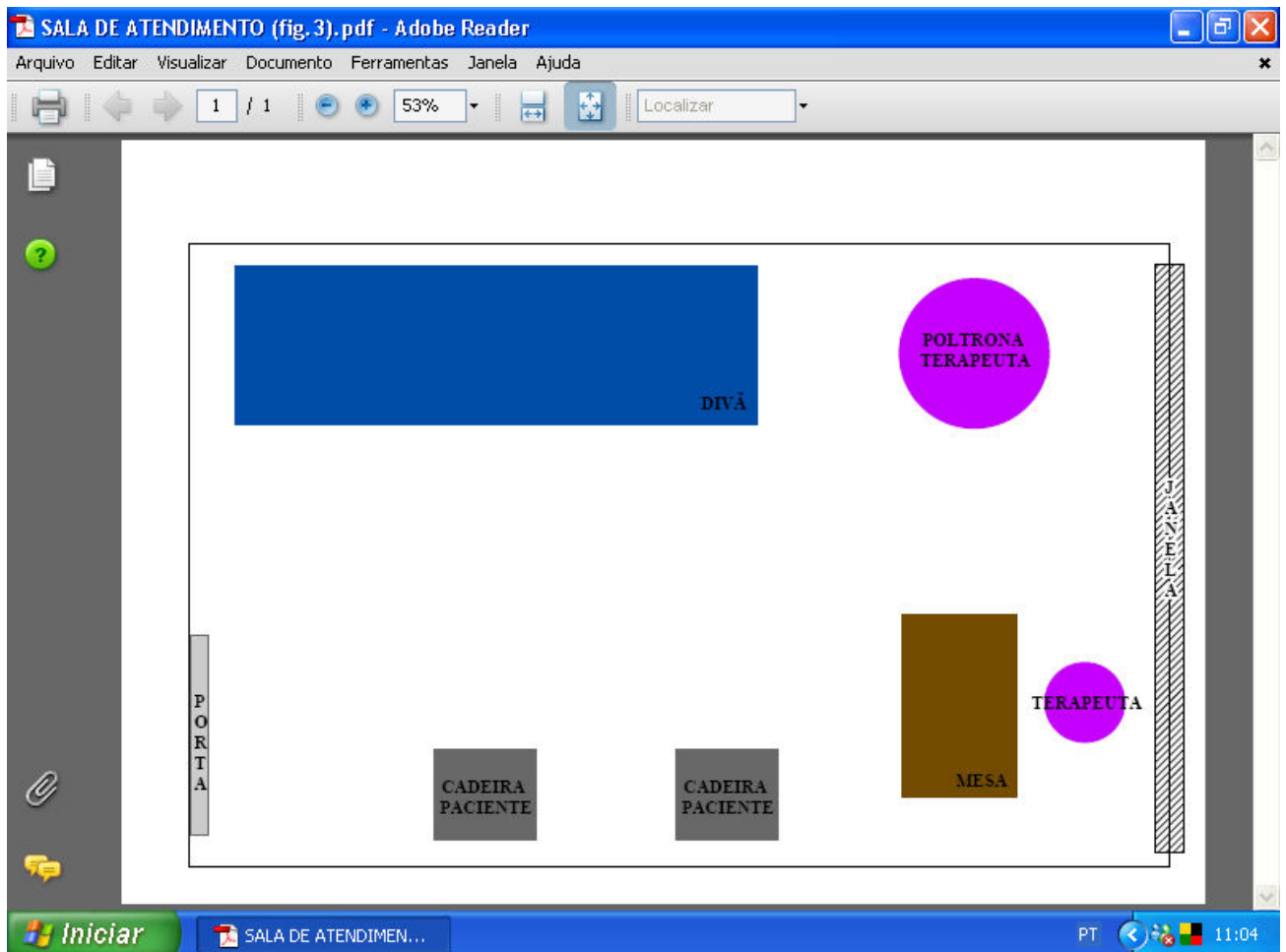


Figura 3 Sala de Atendimento



3.3 Resultados das tabelas piloto de RP's, resultados do teste dos juízes e discussão

Antes de apresentarmos os resultados, faz-se necessário colocar algumas observações. Nos referimos inúmeras vezes a “paciente” ou a “pacientes”, pois o serviço atende sujeitos individualmente ou casais e, portanto, o movimento inicial é de *uma pessoa* ou de *um casal*. Outra observação é sobre o fato de que em todas as tabelas que seguem não constam as respostas fornecidas pelo juiz 3 em relação ao registro original 2, pois este juiz foi o único que respondeu como se o registro fosse referente ao homem do casal e todos os outros responderam em relação à mulher.

**Tabela 1.a Informações da Secretaria
(antes de o paciente ser atendido por terapeuta do Laboratório)**

O objetivo deste registro é reconstruir o caminho pelo qual o paciente ou casal chegou ao Plantão do LEC. Segundo acreditamos, esta reconstrução é útil para a compreensão da demanda do(s) paciente(s), pois é importante sabermos se foi ele mesmo quem tomou a iniciativa ou se foi outra pessoa, ou ainda, quando de atendimento de casal, se foi um deles, e qual, ou se foi uma terceira pessoa. Além disso, o LEC tem a preocupação de saber de que modo as pessoas tomam conhecimento do serviço prestado pelo grupo. Anteriormente estas informações eram preenchidas numa linha de registro livre com a pergunta *como chegou ao plantão* e, geralmente, tal informação era obtida com a secretaria da Clínica.

A análise dos registros dos terapeutas para esta questão levou à construção da seguinte tabela piloto:

OBS. Nesta tabela pode ocorrer mais de uma alternativa, o importante é o registro do primeiro movimento da procura.		
(Ex. se telefonou e depois compareceu ao plantão, escolher apenas telefonou)		
Procurou diretamente pelo Laboratório		
Problemas Conjugais	Sim ()	Não ()
Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do Plantão	Sim ()	Não ()
Compareceu pessoalmente ao Sedes em outro dia/horário	Sim ()	Não ()
Telefonou à Clínica do Sedes	Sim ()	Não ()
Outra pessoa telefonou à Clínica do Sedes	Sim ()	Não ()
Encaminhamento de outro setor/profissional da Clínica	Sim ()	Não ()

Nesta tabela, era esperado que os terapeutas preenchessem uma única alternativa que representasse o primeiro movimento da procura. Contudo, ao analisarmos o teste realizado pelos juízes podemos observar alguns maus entendidos em relação à instrução de preenchimento.

Tabela 1.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal (nesta tabela, única)
Registro 1	1,2,3,4,5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opção “Compareceu pessoalmente no dia do plantão”
Registro 2	1,2,4,5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes em outro dia/horário”
Registro 3	1,2,3,4, 5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opções “Compareceu pessoalmente ao Sedes em outro dia/horário”, “procurou diretamente pelo plantão”e “encaminhamento de outro setor/profissional Sedes”
Registro 4	1,2,3,4, 5 e 6	Opção “outra pessoa telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opções “procurou diretamente pelo Laboratório problemas conjugais”e “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”

	Juízes	Respostas da categoria principal (nesta tabela, única)
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1	Associado com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1,3 e 6	Associado com opção “procurou diretamente pelo Laboratório”
	1	Associado também com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”
Registro 8	1,2,3,4 e 5	Opção “telefonou à clínica do Sedes”
	1,3 e 6	Opção “procurou diretamente pelo Laboratório”
	1	Associado também com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção “encaminhamento de outro setor/profissional da clínica”
	1	Associado com opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do plantão”
Registro 10	1,2,3,4,5 e 6	Opção “Compareceu pessoalmente ao Sedes em outro dia/horário”

Discussão dos resultados da tabela 1

À primeira vista, o alto grau de concordância (houve unanimidade em quase todos os registros) nas respostas dos juízes mostra que esta tabela é simples e de fácil preenchimento. Uma análise mais detalhada, contudo, revela algumas falhas advindas da pouca clareza da própria tabela e/ou da falta de treinamento dos terapeutas para o preenchimento da mesma.

Nesta situação está o juiz 1 que forneceu mais de uma resposta em todos os registros, quando o esperado seria o preenchimento de uma única alternativa baseada sempre no que primeiro acontecia no contato do paciente com o Laboratório. Ou seja, na maioria dos registros primeiro o paciente telefonava à Clínica do Sedes e depois comparecia ao plantão pessoalmente. Mais tarde, após examinar os dados de identificação, observou-se que o juiz 1 fazia parte dos 50% que não pertenciam ao LEC. Podemos inferir que para este juiz, não familiarizado com a rotina, não era evidente a proposta do Plantão, e que as instruções fornecidas não foram suficientes para tal esclarecimento. Podemos supor, porém, que este tipo de mal entendido desaparecerá com instruções mais claras e com o treinamento dos terapeutas que irão utilizar o instrumento.

Outro problema no preenchimento ocorreu nos registros 5 e 8. Aqui trata-se de algo um pouco mais complicado. A partir dos registros livres nestes dois registros (5 e 8), duas informações se destacavam: telefonaram ao Sedes e procuraram o LEC. Nota-se aqui a dificuldade dos juízes, de dentro e de fora do LEC, em escolher qual das alternativas seria mais relevante dado que os dois eventos ocorreram simultaneamente. Por certo ambas as informações são relevantes, porém, em um instrumento informatizado, apenas uma deve ser preenchida. É compreensível a dificuldade encontrada, pois nada nas instruções ajudava a decidir qual das informações era mais relevante. Seria conveniente o grupo do LEC definir, em conjunto, como proceder nestes casos. Uma possibilidade seria incluir a alternativa: “procurou diretamente pelo LEC por telefone”. Deste modo, seria possível distinguir a situação na qual uma pessoa liga para a Clínica do Sedes buscando ajuda e as secretarias identificam o motivo da procura e encaminham a pessoa ao Plantão, daquela outra situação na qual a pessoa telefona tendo já conhecimento do LEC e solicita informações sobre ele.

Tabela 2.a Informações que precedem o encontro

A tabela 2 é um desdobramento de informações contidas na tabela anterior. Continua a prevalecer o pressuposto que percorre toda a pesquisa e a rotina do LEC, o qual considera que o modo de chegada do(s) paciente(s) ao plantão oferece-nos informações preciosas acerca de sua(s) organização(ões) de personalidade e das dificuldades encontradas por ele(s). De acordo com Gilliéron (1996), os elementos não “ditos” mas “atuados” são os mais próximos do inconsciente do(s) paciente(s).

Na forma anterior de registro livre as informações contidas nas tabelas 1 e 2 achavam-se no mesmo campo. Ou seja, aqui estamos ainda reconstruindo o caminho do paciente ou do casal até sua chegada ao Plantão, muitas vezes antes mesmo dele(s) ver(em) o terapeuta. Contudo, a tabela 2 mostrará informações mais detalhadas e não necessariamente fornecidas pela secretaria. Estas informações podem ser obtidas ou pela observação do modo como o encaminhamento foi feito – da própria clínica ou de outra instituição, o que pode incluir um formulário ou uma carta de encaminhamento – ou extraídas do próprio discurso de quem procura ajuda. De qualquer modo, seguimos esclarecendo a procura com o objetivo de analisar a demanda.

Informações que precedem o encontro			
OBS. Nesta tabela as categorias são EXCLUDENTES, ou seja, PREENCHER APENAS UMA ALTERNATIVA. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 1:			
Procura Espontânea	Sim ()	Não ()	
Categoria 2:			
Encaminhado por outro profissional do Sedes	Sim ()	Não ()	Clínica ()
			Secretaria ()
			Plantão Telefônico ()
			Terapia anterior ()
			Recepção Clínica ()
			Cursos (...)
			Terapeuta do Laboratório ()
			Psiquiatra ()
			Assistente Social Professor ()
			Aluno/Ex-aluno ()
			Outros ()

Informações que precedem o encontro

OBS. Nesta tabela as categorias são EXCLUDENTES, ou seja, PREENCHER APENAS UMA ALTERNATIVA. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.

Categorias		Subcategorias
Categoria 3: Encaminhado por profissionais de Saúde	Sim () Não ()	Psiquiatra ()
		Médico outras especial ()
		Psicólogo Hospital ()
		Psicólogo do Trabalho ()
		Psicólogo Escola ()
		Psicólogo outra instituição ()
		Psicólogo Particular ()
		Psicólogo outros ()
		Assistente Social ()
Outros (fono, fisio, etc.) ()		
Categoria 4: Encaminhado por outra instituição	Sim () Não ()	Escola ()
		Igreja ()
		Poder Judiciário ()
		ONG ()
		Outra ()
Categoria 5: Iniciativa de outra pessoa	Sim () Não ()	A mulher do casal ()
		O Homem do casal ()
		Familiar da mulher ()
		Familiar do homem ()
		Amigo da mulher ()
		Amigo do homem ()
		Amigo Casal ()
		Colega trabalho mulher ()
		Colega trabalho homem ()
		outros ()

Tabela 2.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 1	1,2,3,5 e 6	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	4	Resposta “Não há informação”	
Registro 2	2,5 e 6	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	1	Opção categoria 2 “encaminhado por outro profissional do Sedes”	Opção “Plantão Telefônico”
	4	Resposta “Não há informação”	
Registro 3	1,2,5 e 6	Opção categoria 2 “encaminhado por outro profissional do Sedes”	Opção “terapia anterior”
	3 e 4	Opção categoria 3 “encaminhado por profissionais de saúde”	Opção “psicólogo particular”
Registro 4	1,2,3,5 e 6	Opção categoria 5 “iniciativa de outra pessoa”	Opção “familiar do homem”
	4	Sem resposta	
Registro 5	1,2,3 e 6	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	4 e 5	Opção categoria 3 “encaminhado por profissionais de saúde”	Opção “psicólogo outros”

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 6	1,2,3,4 e 5	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	6	Sem resposta	
Registro 7	1,3 e 5	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	2,4 e 6	Opção categoria 4 “encaminhado por outra instituição”	Opção “outra”
Registro 8	3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “encaminhado por profissionais de saúde”	Opção “psicólogo hospital”
	1 e 2	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “encaminhado por outro profissional do Sedes”	1,3,4,5 e 6 Opção “terapeuta Laboratório” 2 Opção “terapia anterior”
Registro 10	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 1 “procura espontânea”	
	3	Opção categoria 2 “encaminhado por outro profissional do Sedes”	Opção “Clínica – Secretaria”

Discussão dos resultados da tabela

As respostas dos juízes nesta tabela sugerem diferentes tipos de dificuldade. Para analisar a tabela a pesquisadora precisou reler atentamente os registros originais buscando compreender a diversidade de respostas para algo aparentemente simples de identificar.

Um dos primeiros aspectos a se destacar em mais de um registro foi o fato da informação necessária não estar localizada no campo diretamente correspondente, embora contemplada em outro local. A mesma dificuldade ocorreu no tratamento do material pela pesquisadora e podemos pensar que uma melhor organização do banco de dados facilitará o preenchimento e evitará tais distorções. Por exemplo, no registro número 8, no campo de registro original utilizado pelos juízes e denominado *informações que precedem o encontro*, consta apenas que o paciente ligou para a Clínica. Isto poderia levar à conclusão de se tratar de uma procura espontânea. Contudo, mais adiante, (material também disponível aos juízes), no campo *primeiras falas*, consta o fato de o paciente ter passado por um hospital e de ter sido de lá encaminhado à Clínica do Sedes, mais especificamente para o LEC. Os juízes que consideraram todos os campos chegaram ao encaminhamento feito pela psicóloga do hospital, enquanto os juízes que consideraram apenas o primeiro campo optaram pela categoria “procura espontânea”. Vemos aqui um exemplo das dificuldades de comunicação interna na instituição e do resgate de informações fidedignas nos prontuários em forma de papel comentadas por alguns autores citados na introdução (Andreolli, Peluso, Andreolli, & Martins, 1996; Herzberg, 2000; Prado 2003).

Outro problema da tabela pode ser a grande quantidade de opções, o que faz com que alguns juízes escolham a opção não necessariamente a mais adequada, e sim a que se mostrou primeiro e parecia condizente com o registro original. Este tipo de problema parece indicar a necessidade tanto de uma maior simplificação da tabela envolvendo opções mais sintéticas quanto de um maior treinamento dos terapeutas para o uso do instrumento. Tal questão deverá ser discutida com o grupo visando aprimorar o instrumento em conjunto com os usuários, o que fará também com que eles se apropriem do mesmo e compreendam seu sentido e importância, além do aumento de tempo de trabalho após os atendimentos clínicos.

A tabela sugere, também, ter havido pouca compreensão do que se denominou *procura espontânea*. Isto indica a necessidade premente de, quando da confecção da versão informatizada, elaborar pequenas explicações do que está sendo definido em cada categoria de modo a se ter uma linguagem comum e evitar problemas no preenchimento dos dados. Esta

distorção se evidenciou, por exemplo, no registro 10 no qual, além das respostas *procura espontânea*, ocorreu também uma resposta *encaminhamento por outro profissional do Sedes*, tendo em vista o fato de, apesar da pessoa ter comparecido (espontaneamente) procurando atendimento, a secretaria ter agendado um dia para ela comparecer ao plantão. Outra distorção apareceu no registro 7, no qual o registro original informava que a pessoa havia procurado ajuda psicológica na Clínica da PUC/SP e de lá fora encaminhada diretamente ao LEC: *procura espontânea* ou *encaminhamento de outra instituição*? Mais uma vez percebe-se a necessidade de algumas definições das categorias e do esclarecimento delas por parte dos usuários do banco de dados como forma de melhorar a comunicação.

Tabela 3.a Como soube do Laboratório

Além do objetivo de reconstruir o percurso do(s) paciente(s) até chegar ao plantão do LEC, este módulo do banco de dados tem também o importante objetivo de responder uma indagação do grupo do LEC a respeito da divulgação do serviço oferecido à comunidade e da relevância de estabelecer parcerias com outros dispositivos de saúde ou instituições da sociedade (área jurídica, escolas, Organizações não governamentais, dentre outros). O grupo supunha — com base em recordações esparsas dos terapeutas — que, em sua grande maioria, os encaminhamentos eram feitos dentro do próprio Sedes ou por uma “triagem” realizada pelas secretárias com as pessoas que ligam procurando os diferentes serviços da Clínica. Deste modo, obter informações mais fidedignas e reais a respeito dos encaminhamentos por certo poderá auxiliar no planejamento de políticas do LEC, uma das funções do instrumento informatizado de acordo com outros trabalhos já realizados em outras instituições e comentados na revisão da literatura (Andreolli, Peluso, Andreolli, & Martins, 1996; Farah, 2000; Farah & Campos 2000; Herzberg, 2000,2005, 2006; Prado 2003)

Como soube do Laboratório				
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.				
		Categorias		Subcategorias
Categoria 1:				Atendido no Laboratório ()
Por meio de amigo	Sim ()	Não ()		Atendido no Sedes ()
				Conhecia o Sedes ()
Categoria 2:				Atendido no Laboratório ()
Por meio de alguém da família	Sim ()	Não ()		Atendido no Sedes ()
				Conhecia o Sedes ()
Categoria 3:				Professor ()
Por meio de pessoa ligada ao Sedes	Sim ()	Não ()		Aluno Sedes ()
				Aluno Curso PB ()
				Ex-aluno Sedes ()
				Ex-aluno Curso PB ()
				Secretaria Clínica ()
				Secretaria Cursos ()
				Outros Profissionais ()
Categoria 4:				
Internet	Sim ()	Não ()		
Categoria 5:				Psiquiatra ()
Profissional Saúde	Sim ()	Não ()		Médico outras especialidades ()
				Psicólogo Hospital ()
				Psicólogo do Trabalho ()
				Psicólogo Escola ()
				Psicólogo outra instituição ()
				Psicólogo Particular ()
				Psicólogo outros ()
				Assistente Social ()
				Outros (fono, fisio, etc.) ()
Categoria 6:				
Profissional Educação	Sim ()			

Como soube do Laboratório			
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.			
	Categorias		Subcategorias
Categoria 7:			
Outros	Sim ()	Não ()	
Profissionais			

Tabela 3.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 1	1,2,3,4 e 6	Resposta “Não há informação”	
	5	Opção categoria 3 “por meio de pessoa ligada ao Sedes”	Opção “Secretaria da Clínica”
Registro 2	1, 2,4 e 5	Opção categoria 3 “por meio de pessoa ligada ao Sedes”	Opção “Secretaria da Clínica”
	6	Resposta “Não há informação”	
Registro 3	1,5 e 6	Opção categoria 3 “por meio de pessoa ligada ao Sedes”	Opção “outros profissionais”
	2,3 e 4	Opção categoria 5 “profissional saúde”	Opção “psicólogo particular”
Registro 4	1 e 5	Opção categoria 2 “por meio de alguém da família”	
	2,3,4 e 6	Resposta “Não há esta informação”	

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 5	1,3,4 e 5	Opção categoria 5 “profissional saúde”	Opção “psicólogo outros”
	6	Opção categoria 1 “por meio de amigo”	Opção “conhecia o Sedes”
	2	Resposta “Não há esta informação”	
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”	
Registro 7	1 e 2	Opção categoria 5 “profissional saúde”	Opção “psicólogo outra instituição”
	5 e 6	Opção categoria 7 “outros profissionais”	
	3	Opção categoria 6 “profissional educação”	
	4	Sem resposta	
Registro 8	1,3,4 e 5	Opção categoria 5 “profissional saúde”	Opção “psicólogo hospital”
	2 e 6	Sem resposta	
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”	
Registro 10	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “por meio de pessoas ligada ao Sedes”	Opção “Secretaria Clínica”

Discussão dos resultados da tabela 3

Desde o início do funcionamento do LEC não constava da rotina dos terapeutas qualquer pergunta buscando esclarecimentos acerca do “Como soube do Laboratório?”. Exatamente por isso, grande parte dos registros originais retrata situações que não contemplam esta informação. Além disso, confirmando as impressões do grupo, outra resposta que se repete é a opção categoria 3 (“por meio de pessoa ligada ao Sedes”), quando, na verdade, a opção correta seria “Secretaria da Clínica”. O número de registros utilizados na análise não é suficiente para chegarmos a alguma conclusão, mas podemos observar que os resultados vão ao encontro das impressões do grupo. Podemos inferir que esta tabela fornece informações confiáveis para se saber de que maneira os pacientes tomam conhecimento do LEC.

Tabela 4.a Apresentação no Plantão na sala de espera

A tabela 4 é uma das três tabelas originadas do desmembramento do campo do registro original, “Sala de Espera”, feito na forma de discurso livre. Decidiu-se por tal desmembramento em função da quantidade de informações relevantes para a análise da demanda e para a hipótese do diagnóstico de personalidade feitas a partir das observações dos comportamentos verbais e não verbais, realizadas pelos terapeutas. Deste momento em diante o terapeuta está observando diretamente o paciente, sozinho ou com o seu cônjuge, e registrará suas observações e as utilizará para a formulação da interpretação inicial (na primeira sessão). Iniciamos aqui o registro das observações fenomenológicas dos terapeutas. Esta primeira tabela desta fase pretende apenas indicar de que modo a pessoa estava na sala de espera: sozinha, acompanhada, com quem, etc. Estes dados são relevantes para a análise da demanda pois são uma primeira e importante fonte de informações, por exemplo, sobre a autonomia do sujeito, sua motivação para a procura, entre outros. É importante, contudo, destacar que tais informações não são patognômicas (sintomas como evidência de uma determinada patologia), ou seja, por si só não fornecem dados conclusivos, precisando ser compreendidas no conjunto das observações.

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.

Categorias

Categoria 1: Compareceu sozinho	Sim ()	Não ()
Categoria 2: Compareceu acompanhado cônjuge	Sim ()	Não ()
Categoria 3: Compareceu acompanhado familiar	Sim ()	Não ()
Categoria 4: Compareceu acompanhado amigo	Sim ()	Não ()
Categoria 5: Compareceu acompanhado outros	Sim ()	Não ()

Tabela 4.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 1	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado do cônjuge”
Registro 2	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado do cônjuge”
Registro 3	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado do cônjuge”
Registro 4	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “compareceu sozinho”
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado do cônjuge”
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado do cônjuge”
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “compareceu sozinho”
Registro 8	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “compareceu acompanhado familiar”
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado cônjuge”
Registro 10	1,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “compareceu acompanhado cônjuge”
	2	Opção categoria 1 “compareceu sozinho”

Discussão dos resultados da tabela 4

Nesta tabela não observamos dificuldades no preenchimento. Apesar de ser uma informação considerada relevante para a análise da demanda, trata-se de uma observação objetiva e de fácil registro, tanto nos registros originais quanto na tabela piloto de RP's. Nesta tabela não ocorreram situações nas quais os juizes encontraram dificuldades ou falta de alternativa. Apenas no registro 10 houve resposta de um juiz divergente dos demais, o que pode ser compreendido como um lapso (erro no preenchimento, fadiga ou falta de atenção). A análise qualitativa, feita após a leitura do registro original, indicou novamente, como em outras situações anteriores, que a informação estava contemplada em outro campo e, portanto, exigia a leitura de todos os campos para o correto preenchimento da tabela. Contudo, de modo geral, esta tabela não apresentou problemas ou dificuldades, sugerindo corresponder adequadamente à necessidade de registro e à proposta de sua formulação.

Tabela 5.a Comportamento observado no momento da chamada do terapeuta na sala de espera

Como já mencionado, a tabela 5 é também um desmembramento do campo do registro original *Sala de Espera*. A proposta aqui é registrar o comportamento do paciente ou do casal enquanto aguardando o chamado do terapeuta; vale acentuar que o registro é para cada um dos cônjuges, mesmo sendo considerada a dinâmica entre eles. Pretende-se aqui desenhar de que maneira se ocupava(m) ou comportava(m) o(s) sujeito(s) prestes a enfrentar uma situação nova e desconhecida, a saber, o momento da primeira entrevista com um terapeuta na situação de Plantão. A intenção é poder observar detalhes e organizar o raciocínio clínico acerca da maneira pela qual o sujeito se mostra e se organiza nesta situação. Partimos do pressuposto de se tratar de uma situação supostamente ansiógena e que gera expectativas. Observar detalhes do comportamento neste momento nos fornece dados da organização da(s) personalidade(s) do(s) sujeito(s) e, quando for o caso, da dinâmica do casal. Aqui ainda estamos no campo da observação fenomenológica realizada pelos terapeutas dos comportamentos não verbais.

Comportamento observado no momento da chamada do terapeuta na sala de espera		
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1:		
Lendo revista/livro/outros	Sim ()	Não ()
Categoria 2:		
Preenchendo ficha inscrição	Sim ()	Não ()
Categoria 3:		
Conversando com cônjuge	Sim ()	Não ()
Categoria 4:		
Conversando com outros pacientes na sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 5:		
Conversando com algum profissional da clínica (ex. secretaria)	Sim ()	Não ()
Categoria 6:		
Observando ambiente	Sim ()	Não ()
Categoria 7:		
Não estava na sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 8:		
Quieto/ar absorto	Sim ()	Não ()
Categoria 9:		
Observando atento a saída dos terapeutas	Sim ()	Não ()
Categoria 10:		
Andando pela sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 11:		
Parado em pé distraído	Sim ()	Não ()
Categoria 12:		
Parado em pé atento	Sim ()	Não ()
Categoria 13:		
fumando	Sim ()	Não ()
Categoria 14:		
Entretido em atividade no guichê da secretaria (ex. assinando presença)	Sim ()	Não ()

Comportamento observado no momento da chamada do terapeuta na sala de espera
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.

Completar essa segunda parte apenas quando se tratar de atendimento de casais.

Categoria 16: Se casal, estavam próximos porém “cada um na sua”	Sim ()	Não ()
Categoria 15: Se casal, estavam próximos e entretidos entre si	Sim ()	Não ()
Categoria 18: Se casal, estavam distantes	Sim ()	Não ()

Tabela 5.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares para casais
Registro 1	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “lendo revista”		Opção categoria 16 “estavam próximos”.
Registro 2	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 7 “não estava na sala de espera”		(1,2,5 e 6) Opção categoria 18 “estavam distantes” (4) sem resposta.
Registro 3	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 7 “não estava na sala de espera”		(1,2,5 e 6) Opção categoria 18 “estavam distantes” (4) sem resposta.

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares para casais
Registro 4	4 e 5	Opção categoria 9 “observando atento a saída dos terapeutas”		
	1 e 6	Opção categoria 6 “observando ambiente”		
	3	Opção categoria 7 “não estava na sala de espera”		
	2	Opção categoria 12 “parado em pé atento”		
Registro 5	5 e 6	Opção categoria 6 “observando ambiente”		(1,2,3,4,5 e 6) categoria 16 “se casal, estavam próximos”
	2	Opção categoria 3 “conversando com o cônjuge”		
	1,3 e 4	Resposta “Não há opção para este registro”		
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”		

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares para casais
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”		
Registro 8	3	Opção categoria 4 “conversando com outros pacientes na sala de espera”		
	1,2,4,5 e 6	<u>Sugerem categoria “conversando com acompanhante”</u>		
Registro 9	3,4,5 e 6	Opção categoria 14 “entretido em atividade no guichê da secretaria”		(1,2,3,4 e 6) Opção categoria 16 “se casal, estavam próximos porém cada um na sua”
	1 e 2	Opção categoria 2 “preenchendo ficha de inscrição”		(5) Opção categoria 17 “se casal, estavam próximos e entretidos entre si”
Registro 10	5	Opção categoria 9 “observando atento a saída dos terapeutas”		1,2,3,4,5 e 6 Opção categoria 17 “se casal, estavam próximos e entretidos entre si”
	6	Opção categoria 5 “conversando com algum profissional da clínica”		

Discussão dos resultados da tabela 5

Há, nesta tabela, uma quantidade considerável de divergência de respostas dos juízes. Em alguns registros, por exemplo, nos registros originais 1, 2 e 3, onde não havia alternativas próximas e o registro original deixava evidente qual o comportamento observado pelo terapeuta (lendo revista, não estava na sala de espera), os juízes não encontraram dificuldades, o que se expressou pela unanimidade das respostas. Já em outras situações o mesmo não ocorreu e as respostas foram divergentes e, por vezes, as alternativas poderiam ser consideradas corretas. Por exemplo, com base na leitura do registro original 9 do qual constava a informação “assinando a lista de presença”, os juízes optaram pelas categorias “entretido com atividade no guichê da secretaria”, o que está correto; e pela alternativa “preenchendo a ficha de inscrição”, o que não está correto; mas, para quem não pertence ao LEC ou a Clínica do Sedes, a distinção não é clara e a ficha sócio-econômica (ou de inscrição) pode perfeitamente se confundir com a lista de presença.

A análise das respostas desta tabela mostrou não haver dificuldade para a parte específica de casais (respostas complementares).

Podemos pensar que, nas categorias de 1 a 15, se o preenchimento da tabela fosse efetuado pelo terapeuta que observou e atendeu o paciente ou o casal, os erros ou divergências existentes nas respostas dos juízes não ocorreriam, pois seria fácil distinguir se o paciente estava olhando ao redor (observando o ambiente) ou fixamente para a porta de saída dos terapeutas, por exemplo, confusão que ocorreu com o registro original 4.

A sugestão de incluir a categoria “conversando com acompanhante” é pertinente, pois tal situação é contemplada na tabela 4 e não na tabela 5, não sendo possível discriminar se a conversa era com o cônjuge, com pessoa conhecida ou desconhecida, ou, ainda, com profissional da Clínica.

Tabela 6.a Impressões do terapeuta sobre o paciente na sala de espera

A tabela 6 é o terceiro desdobramento do campo de registro original *Sala de Espera*. A proposta aqui é registrar a impressão que o terapeuta teve ao observar o comportamento do paciente e/ou do casal na sala de espera enquanto aguardava o chamado do terapeuta que iria atendê-lo(s). Agora não se trata mais apenas de uma observação objetiva do fenômeno, mas busca-se a observação subjetiva dos terapeutas em relação ao comportamento que presenciaram.

Cada terapeuta irá inferir algo sobre o que está observando e, a seguir, irá considerar esta “impressão” no conjunto de todas as observações; associando tal “impressão” com as falas significativas do(s) paciente(s), tentará compreender o modo de se apresentar do paciente e/ou casal. Cabe lembrar, novamente, que este registro é para cada sujeito, mesmo quando se tratar de casal, pois consideramos a singularidade de cada um.

Impressões do terapeuta sobre o paciente na sala de espera		
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1:		
Alerta	Sim ()	Não ()
Categoria 2:		
Distraído / absorto	Sim ()	Não ()
Categoria 3:		
Ansioso	Sim ()	Não ()
Categoria 4:		
Postura tensa	Sim ()	Não ()
Categoria 5:		
Cabisbaixo	Sim ()	Não ()
Categoria 6:		
Agitado	Sim ()	Não ()
Categoria 7:		
Tranquilo	Sim ()	Não ()
Categoria 8:		
Agressivo	Sim ()	Não ()

Tabela 6.b Respostas dos juizes

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 1	1,3 e 6	Resposta “Não há informação”
	2 e 4	Opção categoria 2 “distraído/absorto”
	5	Opção categoria 7 “tranquilo”
Registro 2	2 e 6	Opção categoria 6 “agitado”
	1	Opção categoria 4 “postura tensa”
	4	Sem resposta
Registro 3	1,2,3,4 e 5	Opção categoria 2 “distraído/absorto”
	6	Sem resposta
Registro 4	1,3 e 6	Opção categoria 3 “ansioso”
	2,4 e 5	Opção categoria 1 “alerta”
Registro 5	5 e 6	Opção categoria 1 “alerta”
	4	Opção categoria 7 “tranquilo”
Registro 6	1,2 e 3	Resposta “Não há esta informação”
	4	Opção categoria 7 “tranquilo”
Registro 7	1,2,3,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”
	2,4 e 5	Opção categoria 1 “alerta”
	6	Opção categoria 7 “tranquilo”
Registro 8	1 e 3	Resposta “Não há esta informação”
	1,2,4 e 6	Opção categoria 7 “tranquilo”
Registro 8	5	Opção categoria 6 “agitado”
	3	Resposta “Não há esta informação”

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 9	2,4 e 5	Opção categoria 1 “alerta”
	6	Opção categoria 2 “distraído/absorto”
	1 e 3	Resposta “Não há esta informação”
Registro 10	5	Opção categoria 1 “alerta”
	2	Opção categoria 3 “ansioso”
	4	Opção categoria 4 “postura tensa”
	1,3 e 6	Resposta “Não há esta informação”

Discussão dos resultados da tabela 6

Nesta tabela percebemos dificuldades de diversos tipos desde o registro original até a escolha de opção pelos juízes. Esta dificuldade deixa claro que a passagem de um registro de uma observação objetiva para um registro de impressões que passam pela subjetividade do terapeuta implica numa maior dificuldade de formulação das respostas e, conseqüentemente, uma maior diversidade de respostas.

A dificuldade se mostra desde o registro original pois muitas vezes a informação não estava presente ou não era evidente, isto é, não era formulada claramente em palavras ou era formulada segundo o repertório pessoal de cada terapeuta, muitas vezes bem diferentes entre si. Em função disso, para a formulação das RP's, a pesquisadora optou por abarcar o maior número de alternativas tendo por base tudo aquilo que foi explicitado nos 84 registros analisados. Tal opção tem a vantagem de incluir a diversidade observada nos registros originais e a desvantagem de criar alternativas bastante semelhantes, por exemplo: postura tensa, alerta e ansioso, além de correr o risco de dificultar o preenchimento ao confundir os usuários do banco de dados. A sugestão, então, é a de aprimorar as alternativas à medida que os usuários forem utilizando o banco de dados para novos registros, podendo tanto agrupá-las quanto incluir novas opções.

A análise das respostas dos juízes, tendo por referência o registro original, indicou que alguns juízes se permitiram inferir a resposta interpretando o que leram enquanto outros seguiram literalmente o texto. Estes últimos, quando não encontravam o termo exato, optavam por afirmar que não havia alternativa e não procuravam uma opção com o mesmo significado.

Espera-se que, quando o próprio terapeuta preencher a tabela, a tarefa mostre-se mais fácil e que as diferentes alternativas de RP's o ajudem a discriminar melhor aquilo que observou. Contudo, isto exigirá trabalho e atenção do terapeuta, tanto para a observação externa quanto para as suas próprias impressões pessoais, porém, profissionais.

Tabela 7.a Comportamento apresentado à chamada do terapeuta na sala de espera

Aqui voltamos para o registro de comportamentos observados, agora exatamente no momento em que o terapeuta pronuncia o(s) nome(s) do paciente ou dos cônjuges do casal. Vale lembrar que o registro é para cada um dos cônjuges, ainda que deva ser considerada a dinâmica entre eles. Pretende-se aqui desenhar minuciosamente o modo de reação do(s) sujeito(s) nos primeiros momentos de contato com uma situação nova e desconhecida. A intenção é poder observar detalhes e organizar o raciocínio clínico de como o sujeito se mostra e se organiza nesta situação.

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.
Importante registrar a primeira reação no momento em que o terapeuta chama pelo nome do paciente ou casal.

Categorias		Subcategorias	
Categoria 1:		Sem o cônjuge	()
Movimenta cabeça na direção da chamada e permanece sentado (a)	Sim () Não ()	Junto com o cônjuge	()
		Antes do cônjuge	()
		Depois do cônjuge	()
Categoria 2:		Sem o cônjuge	()
Movimenta cabeça na direção da chamada e depois se levanta, permanecendo no local	Sim () Não ()	Junto com o cônjuge	()
		Antes do cônjuge	()
		Depois do cônjuge	()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.
Importante registrar a primeira reação no momento em que o terapeuta chama pelo nome do paciente ou casal.

Categorias		Subcategorias	
Categoria 3: Levanta e caminha em direção ao terapeuta	Sim () Não ()	Sem o cônjuge	()
		Junto com o cônjuge	()
		Antes do cônjuge	()
		Depois do cônjuge	()
Categoria 4: Identifica-se verbalmente (p.ex. “sou eu”) e olha p/ terapeuta	Sim () Não ()	Sem o cônjuge	()
		Junto com o cônjuge	()
		Antes do cônjuge	()
		Depois do cônjuge	()
Categoria 5: Não estava no local	Sim () Não ()	Sem o cônjuge	()
		Junto com o cônjuge	()
		Antes do cônjuge	()
		Depois do cônjuge	()

Impressões gerais no momento da chamada, apenas uma opção.

Categoria 6: Demonstra confusão / dúvida	Sim ()	Não ()
Categoria 7: Demonstra simpatia (p.ex.sorri)	Sim ()	Não ()
Categoria 8: Demonstra indiferença	Sim ()	Não ()

Tabela 7.b Respostas dos juizes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares (Impressões gerais)
Registro 1	1,2,3,4 e 6	Opção categoria 1 “Movimentação na direção da chamada e permanece sentado	Opção “junto com o cônjuge”	(1, 3 e 6) = Resposta “Não há informação” (2, 4 e 5) = Opção “demonstra indiferença”
	5	Opção categoria 2 “movimentação na direção da chamada e depois se levanta, permanecendo no local”	Opção “junto com o cônjuge”	
Registro 2	2,4,5 e 6	Opção categoria 5 “não estava no local”	Opção “sem o cônjuge”	(2,4 e 6) = Resposta “demonstra simpatia”
	1	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta”	Opção “sem o cônjuge”	(1) = Opção “demonstra confusão/dúvida” (3) resposta “não há informação” (5) sem resposta

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares (Impressões gerais)
Registro 3	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há informação”		
Registro 4	1,2,3 e 4	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta”		(2,4 e 6) Opção “demonstra confusão/dúvida”
	5 e 6	Opção categoria 4 “identifica-se verbalmente”		(1)Opção “demonstra indiferença” (3 e 5) Resposta Não há informação.
Registro 5	1,3 ,4,5 e 6	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta”	Opção “junto com o cônjuge”	(1,2 e 4) Opção “demonstra indiferença”
	2	Opção categoria 2 “movimenta cabeça na direção da chamada e depois se levanta, permanecendo no local	Opção “depois do cônjuge”	(3,5 e 6) Resposta “Não há informação”.
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”		

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares (Impressões gerais)
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta”		(1,2,3,4,5 e 6) categoria 7 “demonstra simpatia”
Registro 8	2,3,4,5 e 6 1	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta” Opção categoria 2 “movimenta a cabeça na direção da chamada e depois se levanta, permanecendo no local”		(1 e 2) categoria 7 “demonstra simpatia” 3,4,5 e 6 sem resposta
Registro 9	1,2,3 e 5 6 4	Opção categoria 4 “identifica-se verbalmente” Resposta “Não há esta informação” Sem resposta		(1) opção “demonstra indiferença” (2) “demonstra simpatia” (4) “demonstra confusão” (3,5 e 6) sem resposta

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares (Impressões gerais)
Registro 10	5	Opção categoria 3 “levanta e caminha em direção ao terapeuta”		(4) opção “demonstra indiferença”
	1,2,3,4 e 6	Resposta “Não há esta informação”		

Discussão dos resultados da tabela 7

Nesta tabela, apesar da proximidade dos detalhes entre as alternativas visando um grande detalhamento do que foi observado, não notamos muitas disparidades entre as respostas dos juízes quando o registro original estava claro em relação à descrição do comportamento observado. Novamente, podemos supor que, quando o terapeuta a preencher, a tabela não apresentará grandes problemas, nem para a categoria principal e nem para a primeira subcategoria.

A dificuldade nesta tabela surgiu nas categorias que contemplavam as “impressões gerais”, cabendo aqui duas observações. Primeiro, poderíamos criar uma nova tabela (que no banco de dados significa um novo campo combo) para evitar confusões de duas ordens: ou o não preenchimento ou quanto à instrução “optar apenas por uma alternativa”. A forma final informatizada deverá contemplar estas informações. E, segundo, ocorreu a mesma dificuldade, já comentada na tabela 6, para situações que implicam mais a subjetividade do terapeuta e a capacidade de inferir impressões a partir de suas observações. De modo geral, a intenção é ajudar o terapeuta a iniciar a discriminação dos seus sentimentos (a contra-transferência, no LEC chamada de reação emocional do terapeuta) em relação ao paciente ou casal (incluindo aqui tanto o casal, como cada um deles). As três grandes categorias deveriam

abarcam as reações frente às três formas de relação: fusional, anaclítica ou triangular, uma das quais começa a se manifestar desde este momento.

Tabela 8.a: Modo como paciente responde/apresenta-se à chamada do terapeuta:

Observar movimento iniciado pelo paciente na sala de espera

A tabela 8 é uma continuação da anterior visando detalhar ao máximo o momento inicial o qual, como já foi apontado, é considerado de grande riqueza para a definição da hipótese diagnóstica da organização de personalidade do(s) paciente(s) principalmente em função do modo como ele(s) se mostra(m) nos primeiros contatos.

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.				
Importante registrar a primeira reação.				
Categorias			Subcategorias	
Categoria 1: Cumprimento de mãos	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	() Firme ()
			Junto c/ cônjuge	() Mole ()
			Antes do cônjuge	() Neutro()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 2: Apenas cumprimento verbal (p.ex. Bom dia, prazer, olá)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 3: Apenas gesto com movimento de cabeça	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 4: Permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta (apresentação, indicar caminho, etc)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.				
Importante registrar a primeira reação.				
Categorias			Subcategorias	
Categoria 5: Inicia fala com justificativas/explicações	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 6: Inicia fala com comentários diversos(trânsito, facilidade chegar,etc.)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 7: Permanece quieto enquanto cônjuge fala	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()
Categoria 8: Ocupado com outra atividade e ignora terapeuta (falando celular,preenchendo ficha)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge	()
			Junto com o cônjuge	()
			Antes do cônjuge	()
			Depois do cônjuge	()

Tabela 8.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares
Registro 1	1,4 e 6	Opção categoria 3 “apenas gesto com movimento de cabeça”	Opção “junto com o cônjuge”	
	2 e 3	Resposta “Não há informação”	Opção “junto com o cônjuge”	
	5	Opção categoria 4 “permanece em pé aguardando iniciativa terapeuta”		
Registro 2	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 1 “cumprimento de mãos”	(2 e 4) Opção “junto com o cônjuge” (1) Opção “sem o cônjuge” (5) opção “antes do cônjuge” (6) sem resposta	

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares
Registro 3	2 e 6"	Opção categoria 7 "permanece quieto enquanto cônjuge fala"		
	5	Opção categoria 4 "permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta"		
	1,3 e 4	Sem resposta		
Registro 4	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 "cumprimento de mãos"	1,2,3,4 e 5 Opção "sem o cônjuge"	1,2,3,4 e 5 Opção "firme"
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 "cumprimento de mãos"	1,3 e 4 Opção "junto com o cônjuge"	2,3,5 e 6 sem resposta
				1 e 4 opção "neutro"
			2 e 5 Opção "depois do cônjuge"	
		6 Sem resposta		

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias	Respostas complementares
Registro 6	4 e 5	Opção categoria 4 “permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta”	(2) Opção “sem o cônjuge”	
	2	Opção categoria 5 “inicia fala com justificativas/explicações”	(1) Opção “sem o cônjuge”	
	1	Opção categoria 6 “inicia fala com comentários” Resposta “Não há esta informação”		
	3 e 6			
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “cumprimento de mãos”		
Registro 8	2,3 e 5	Opção categoria 6 “inicia fala com comentários diversos”		
	1	Opção categoria 5 “inicia fala com justificativas/explicações”		
	6	Opção categoria 2 “apenas cumprimento verbal”		
	4	Opção categoria 4 “permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta”		

	Juízes	Respostas da categoria principal	da	Respostas das subcategorias	
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “cumprimento de mãos”	2,3 e 4 opção	“antes do cônjuge” 1 opção “junto com cônjuge” 5 opção sem o cônjuge 6 sem resposta	1 e 4 Opção neutro 2,3,5 e 6 sem resposta
Registro 10	4 e 5	Opção categoria 4 “permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta”	4 e 5 opção	“junto com cônjuge”	
	1,2,3 e 6	Resposta “Não há esta informação”			

Discussão dos resultados da tabela 8

Nesta tabela não observamos divergências muito significativas entre as respostas dos juízes. Quando havia divergência, tratava-se de alternativas próximas que demandavam discriminar sutilezas deste contato inicial. Mais uma vez, notamos a importância de explicar o que cada categoria significa (treinamento dos usuários e explicação em forma de texto no próprio banco de dados) e voltamos a acreditar ser mais fácil para o próprio terapeuta que atendeu no Plantão, realizar o registro.

Tabela 9.a Comportamento observado no caminho até a sala: disposição espacial

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.			
Importante registrar a primeira reação. No campo de subcategorias pode haver mais de uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 1:			Sem o cônjuge ()
Anda na frente do terapeuta	Sim ()	Não ()	Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 2:			Sem o cônjuge ()
Anda ao lado do terapeuta	Sim ()	Não ()	Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 3:			Sem o cônjuge ()
Anda logo atrás do terapeuta (próximo)	Sim ()	Não ()	Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 4:			Sem o cônjuge ()
Anda bem atrás do terapeuta (distante, lento)	Sim ()	Não ()	Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.			
Importante registrar a primeira reação. No campo de subcategorias pode haver mais de uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 5:			Sem o cônjuge ()
Anda bem na frente do terapeuta (distante)	Sim ()	Não ()	Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()

Tabela 9.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 1	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta (próximo)”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 2	1,2,4 e 5	Opção categoria 1 “anda na frente do terapeuta”	Opção “sem o cônjuge”
	6	Opção “anda bem na frente do terapeuta”	Sem resposta
Registro 3	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 4	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “anda na frente do terapeuta”	Opção “sem o cônjuge”
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta”	
Registro 8	1,2,3,4, 5 e 6	Opção categoria 2 “anda ao lado do terapeuta”	

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 9	1,2,3,4 e 5 6	Opção categoria 2 “anda ao lado do terapeuta” Resposta Não há esta informação	
Registro 10	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “anda logo atrás do terapeuta”	Opção “junto com cônjuge”

Discussão dos resultados da tabela 9

Esta tabela mostrou-se adequada ao que pretende, ou seja, fornecer detalhes para a reconstrução do movimento inicial do(s) paciente(s) desde a sala de espera até a sala de atendimento.

Houve problema de divergência entre os juizes no registro 2 e a análise qualitativa evidenciou um problema na construção da tabela. As alternativas “anda na frente do terapeuta” e “anda bem na frente do terapeuta” apesar de serem claras na distinção do comportamento observado, na tabela estão distantes uma da outra dificultando a visualização de ambas. Isto fez com que a maioria dos juizes escolhesse a primeira, sendo que a segunda era a mais apropriada; por estar localizada no final da tabela, possivelmente nem todos chegaram a vê-la e já preencheram com uma que também correspondia ao registro original. Este problema será sanado na construção da versão informatizada.

Tabela 10.a Comportamento observado no caminho até a sala: outras observações

Esta tabela é um desdobramento da anterior (tabela 09) visando o registro de sutilezas e detalhes do modo de se apresentar e se organizar do(s) paciente(s) no contato inicial com o terapeuta.

Categorias		
Categoria 1:		
Silêncio	Sim ()	Não ()
Categoria 2:		
Conversando com terapeuta	Sim ()	Não ()
Categoria 3:		
Casal conversando entre eles, excluindo tp	Sim ()	Não ()
Categoria 4:		
Casal conversando entre eles incluindo tp	Sim ()	Não ()
Categoria 5:		
Ele conversando com tp, ela quieta	Sim ()	Não ()
Categoria 6:		
Ela conversando com tp, ele quieto	Sim ()	Não ()

10.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 1	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “casal conversando entre eles, excluindo tp”
Registro 2	1,2 e 4	Opção categoria 1 “silêncio”
	6”	Opção categoria 2 “conversando com terapeuta
	5	Opção categoria 6 “ela conversando com terapeuta, ele quieto”
Registro 3	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio”
	3	Resposta “Não há esta informação”
Registro 4	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “conversando com o terapeuta”
Registro 5	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio”
	3	Resposta “Não há informação”.
Registro 6	1,2,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio”
	3	Resposta “Não há informação”.
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio”
Registro 8	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “conversando com terapeuta”
Registro 9	2,3 e 4	Opção categoria 4 “casal conversando entre eles, incluindo terapeuta”
	1 , 5 e 6	Opção categoria 3 “casal conversando entre eles, excluindo terapeuta””
Registro 10	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio

Discussão dos resultados da tabela 10

Há, neste caso, algumas diferenças surpreendentes entre as observações dos juízes, como, por exemplo, no registro 6 em que apenas o juiz 3 afirma que “Não há informação”. Tais diferenças podem ser devidas a problemas na interpretação dos registros originais; podem, porém, ser consequência da tendência de entender literalmente o texto do registro original. No caso em pauta, optamos por desconsiderar a resposta do juiz 3. O registro 2 nos faz pensar na dificuldade que os juízes tiveram na elaboração do trabalho, pois aparentemente a leitura dos registros não era esclarecedora o suficiente gerando diversidade de respostas. Acreditamos que tal dificuldade será eliminada quando do preenchimento do instrumento pelos terapeutas responsáveis pelo atendimento e registro.

Tabela 11.a Comportamento observado no momento da entrada na sala de atendimento

OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 1: Entra e permanece em pé no meio da sala	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 2: Entra e permanece em pé próximo a porta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 3: Entra e permanece em pé próximo a poltrona terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 4: Entra e permanece em pé próximo lugar paciente (divã ou poltrona)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 5: Aguarda indicação terapeuta de onde sentar	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 7: Entra e senta lugar terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 8: Entra e senta divã	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 9: Entra e senta em cadeira da mesa	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 10: Hesita de entrar e aguarda orientação terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 11: Insiste em que terapeuta entre antes	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()

Tabela 11.b Respostas dos juizes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 1	1,3,4 e 6	Opção categoria 5 “aguarda indicação tp de onde sentar”	Opção “junto com o cônjuge”
	2 e 5	Opção categoria 9 “entra e senta em cadeira da mesa”	(2) opção “frente tp” (5) opção “junto com cônjuge”
Registro 2	2,4,5 e 6	Opção categoria 5 “aguarda indicação tp de onde sentar”	(2 e 4) Opção “junto com o cônjuge” (6) Opção “antes do cônjuge” (7) sem resposta
	1	Opção categoria 1 “entra e permanece em pé no meio da sala”	opção “antes do cônjuge”
Registro 3	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 7 “entra e senta lugar terapeuta”	Opção “sem o cônjuge”
Registro 4	2,3,4,5 e 6	Opção categoria 4 “entra e permanece em pé próximo lugar paciente”	Opção “sem o cônjuge” e “na frente do terapeuta”
	1	Opção categoria 1 “entra e permanece em pé no meio da sala”	
Registro 5	1,4,5 e 6	Opção categoria 5 “aguarda indicação terapeuta de onde sentar”	Opção “junto com o cônjuge”
	2 e 3	Opção categoria 1 “entra e permanece em pé no meio da sala”	Opção “junto com o cônjuge”

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 6	1,3,5 e 6	Opção categoria 5 “aguarda indicação terapeuta de onde sentar”	Opção “junto com o cônjuge”
	2 e 4	Opção categoria 9 “entra e senta em cadeira da mesa”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 6 “entra e senta lugar paciente”	
Registro 8	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 6 “entra e permanece em pé , próximo lugar paciente”	
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 8 “entra e senta divã”	2,3,4,5 e 6 “junto com cônjuge” 1 sem resposta
Registro 10	1,3 e 4	Opção categoria 1 “entra e permanece em pé no meio da sala”	2,3,6 e 7 “junto com cônjuge” 4 opção “depois do cônjuge”
	6	Opção categoria 2 “entra e permanece em pé próximo a porta”	1 sem resposta
	2	Opção categoria 6 “entra e senta lugar paciente”	
	5	Opção categoria 9 “entra e senta em cadeira da mesa”	

Discussão dos resultados da tabela 11

Aqui, a diversidade de respostas dos juízes reafirma a necessidade de uma padronização dos registros originais e a necessidade de definição de linguagem comum para garantir que se tenha todas as informações esperadas, sem o que não se pode determinar o movimento inicial. Esta necessidade também foi encontrada em outras experiências e apresentada como fator importante para a fidedignidade de dados para pesquisas e tomada de decisões institucionais. Prado (2003) em artigo citado na introdução destacou a dificuldade de realização de pesquisas em clínicas institucionais devido ao difícil acesso as informações quando elas se encontram em registros manuscritos e não padronizados. Podemos pensar que parte das dificuldades vividas pelos juizes e pela pesquisadora reforça a afirmação de Prado sobre a situação de pesquisas com documentos em instituições e a necessidade da realização de trabalhos visando a padronização dos registros.

Na tabela 11, há ainda a considerar como provável explicação para a diversidade de respostas dos juízes, a não observância dos cuidados prévios na arrumação do *setting* por parte dos terapeutas, por vezes impossibilitados de tais providências. Esta hipótese surgiu da análise qualitativa das respostas dos juizes a partir dos registros originais, quando se observou que por vezes nos próprios registros notavam-se algumas falhas na arrumação prévia da sala de atendimento, o que secundariamente acabava por comprometer o registro. A compreensão do porquê das falhas na arrumação só pode ocorrer com a análise de cada caso particular.

Tabela 12.a: Movimentos para sentar na sala de atendimento

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO PARA CADA UM.			
Categorias		Subcategorias	
Categoria 1:			
Pergunta onde sentar e segue orientação tp	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 2:			
Aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 3:			
Senta após tp sentar	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()
Categoria 4:			
Logo senta no divã	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge ()
			Junto com o cônjuge ()
			Antes do cônjuge ()
			Depois do cônjuge ()
			Na frente do terapeuta ()
			Ao lado do terapeuta ()
			Atrás do terapeuta ()
			Sem informação ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO PARA CADA UM.

Categorias		Subcategorias
Categoria 5: Logo senta cadeira paciente	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()
Categoria 6: Logo senta cadeira perto mesa	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()
Categoria 7: Posiciona-se ao lado do cônjuge	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()
Categoria 8: Posiciona-se em frente ao cônjuge	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO PARA CADA UM.

Categorias		Subcategorias
Categoria 9: Frente tp	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()
Categoria 10: Ao lado tp	Sim () Não ()	Sem o cônjuge ()
		Junto com o cônjuge ()
		Antes do cônjuge ()
		Depois do cônjuge ()
		Na frente do terapeuta ()
		Ao lado do terapeuta ()
		Atrás do terapeuta ()
		Sem informação ()

Tabela 12.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 1	2,5 e 6	Opção categoria 6 “logo senta cadeira perto mesa”	(2) opção “frente tp”
	1 e 3	Opção categoria 2 “aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente”	(6e7) opção “antes do cônjuge”
	4	<i>Não classificou, fez comentários</i>	
Registro 2	2 e 6	Opção categoria 1 “pergunta onde sentar e segue orientação tp”	(2) opção “junto com o cônjuge” (6) opção “antes do cônjuge”
	1 e 4	Opção categoria 2 “aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente”	(1 e 4) opção “junto com o cônjuge” “
	5	Opção categoria 5 “logo senta cadeira paciente	opção “junto com o cônjuge”
Registro 3	1 e 6	Opção categoria 9 “frente tp”	
	5	Opção categoria 8 “posiciona-se em frente ao cônjuge”	
	2	Opção categoria 6 “logo senta cadeira perto mesa”	
	3 e 4	Sem resposta	

	Juízes	Respostas da categoria principal	Respostas das subcategorias
Registro 4	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 3 “senta após tp sentar”	
Registro 5	1,3,4e 5 2 e 6	Opção categoria 2 “aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente” Opção categoria 9 “frente tp”	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 6	1,2,3,5 e 6 4	Opção categoria 6 “logo senta cadeira perto mesa” Sem resposta	Opção “junto com o cônjuge”
Registro 7	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 6 “logo senta cadeira paciente”	Opção “sem o cônjuge”
Registro 8	1,3,4,5 e 6 2	Opção categoria 3 “senta após tp sentar” Opção categoria 2 “aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente”	
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 4 “logo senta no divã”	2,3,4,5 e 6 “junto com cônjuge” 1 “antes do cônjuge”
Registro 10	3,4,5 e 6 2 1	Opção categoria 6 “logo senta cadeira perto mesa” Opção categoria 5 “logo senta cadeira paciente” Opção categoria 2 “aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente”	1,2,3,4,5 e 6 “junto com cônjuge”

Discussão dos resultados da tabela 12

Na tabela 12 as dificuldades apareceram em função da exigência de alto grau de discriminação dos movimentos observados para poder registrá-los. Neste sentido, no registro 8 fica evidenciada a dificuldade quando se trata de sutilezas no registro e entendimento do mesmo; o paciente em questão pode ter aguardado algum tipo de sinal do terapeuta, já sentado, antes dele mesmo sentar-se. Isto não invalida a resposta do juiz 2. Podemos inferir que certas dificuldades dos juízes devem-se ao fato de alguns deles serem participantes do Laboratório enquanto os outros, não familiarizados com a rotina e a proposta teórica, guiam-se mais pelo bom-senso e por seus próprios critérios. Este achado reforça mais uma vez a necessidade de se estabelecer uma linguagem comum e que haja algum registro das definições para que possam ser divulgadas, por exemplo, para novos terapeutas ou em algum evento visando a troca de experiências.

Tabela 13. a Primeiras falas do paciente

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1:		
Silêncio, tp inicia	Sim ()	Não ()
Categoria 2:		
Solicita esclarecimentos sobre Sedes	Sim ()	Não ()
Categoria 3:		
Solicita esclarecimentos sobre tp (formação, etc)	Sim ()	Não ()
Categoria 4:		
Diz nunca ter feito tp e não saber o que fazer/falar	Sim ()	Não ()
Categoria 5:		
Diz ser para casal, mas parceiro (a) não pode comparecer	Sim ()	Não ()
Categoria 6:		
Fala de problemas de comunicação na relação	Sim ()	Não ()

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categoria 7:		
Fala de desejo de salvar a relação	Sim ()	Não ()
Categoria 8:		
Fala de problemas sexuais na relação	Sim ()	Não ()
Categoria 9:		
Fala de descoberta de traição	Sim ()	Não ()
Categoria 10:		
Fala de precisar se fortalecer	Sim ()	Não ()
Categoria 11:		
Fala de medo/desejo separação	Sim ()	Não ()
Categoria 12:		
Esclarece encaminhamento de outro profissional/instituição	Sim ()	Não ()
Categoria 13:		
Fala de como chegou ao Sedes (caminho, trânsito, etc)	Sim ()	Não ()
Categoria 14:		
Permanece em silêncio e deixa cônjuge falar	Sim ()	Não ()
CAMPO PARA ESCREVER A FALA SIGNIFICATIVA		

Tabela 13.b Respostas dos juizes

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 1	2,3,4,5 e 6	Opção categoria 14 “permanece em silêncio e deixa cônjuge falar”
	1	Opção categoria 13 “fala de como chegou ao Sedes”
Registro 2	1,5 e 6	Opção categoria 14 “permanece em silêncio e deixa cônjuge falar”
	2	Opção categoria 13 “fala de como chegou ao Sedes”
	4	Sem resposta
Registro 3	1,2,3,4 e 6	Opção categoria 1 “silêncio, tp inicia”
	5	Opção categoria 14 “permanece em silêncio e deixa cônjuge falar”
	1	Associado com opção categoria 6 “fala de problemas de comunicação na relação”
Registro 4	2	Opção categoria 10 “fala de precisar se fortalecer”
	1	Opção categoria 12 “esclarece encaminhamento de outro profissional/instituição”
	3,4,5 e 6	Resposta “Não há opção para este registro”
Registro 5	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “silêncio, tp inicia”
Registro 6	1,2,3,4,5 e 6	Resposta “Não há esta informação”
Registro 7	1,3 e 5	Opção categoria 5 “diz ser de casal, mas parceiro(a) não pode comparecer”
	2,4 3 6	Opção categoria 6 “fala de problemas de comunicação na relação”

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 8	3,4 e 5	Opção categoria 12 “esclarece encaminhamento de outro profissional/instituição”
	1 e 2	Opção categoria 5 “diz ser de casal, mas parceiro não pode comparecer”
	6	Opção categoria 6 “fala de problemas de comunicação na relação”
Registro 9	2	Opção categoria 12 “esclarece encaminhamento de outro profissional/instituição”
Registro 10	1,3,4,5 e 6	Resposta “Não há opção para este registro”
	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 8 “fala de problemas sexuais na relação”

Discussão dos resultados da tabela 13

Esta talvez seja a tabela cuja elaboração apresentou maior grau de dificuldade tendo em vista a enorme gama de possibilidades de “fala inicial”. Por exemplo, a categoria 13 pretendia abarcar as situações em que o silêncio é rompido por falas acerca de amenidades em que não se aborda os reais problemas que originaram a busca por ajuda terapêutica. Possivelmente, só teremos possibilidade de identificar e registrar as idiossincrasias de cada sujeito expressa na organização da fala inicial em campos abertos, ou seja, não padronizados. A dificuldade de padronizar campos narrativos, principalmente quando envolve situações dinâmicas, foi encontrada em outras experiências realizadas em serviços de atendimento psicológico e médico (Andreolli et al. 1996; Herzberg 2000, 2005, 2006; Wechsler et al 2003). O registro na tabela 13 se limitará a identificar grupos com falas mais frequentes. Esta opção implica em vantagens e desvantagens. As vantagens são relacionadas com a facilidade de analisar grupos de respostas e da facilidade de ter acesso a eles. As desvantagens ocorrem nas perdas de informações qualitativas que podem ser preciosas. A solução pode ser a de definir um padrão de respostas e manter um campo narrativo para observações qualitativas relevantes.

Tabela 14.a Reação emocional do terapeuta no primeiro encontro/sessão

OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
	Categorias		Observações
Categoria 1:			
Gostou	Sim ()	Não ()	
Categoria 2:			
Incômodo	Sim ()	Não ()	
Categoria 3:			
Sensação de estar sendo controlado	Sim ()	Não ()	
Categoria 4:			
Conforto	Sim ()	Não ()	
Categoria 5:			
Vontade de acolher	Sim ()	Não ()	
Categoria 6:			
Pena/dó	Sim ()	Não ()	
Categoria 7:			
Raiva	Sim ()	Não ()	
Categoria 8:			
Antipatia	Sim ()	Não ()	
Categoria 9:			
Desconfiança	Sim ()	Não ()	
Categoria 10:			
Mal estar	Sim ()	Não ()	
Categoria 11:			
Curiosidade/interesse	Sim ()	Não ()	
Categoria 12:			
Exclusão	Sim ()	Não ()	
Categoria 13:			
Disputa/rivalidade	Sim ()	Não ()	
Categoria 14:			
Confusão	Sim ()	Não ()	

OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.	
Categorias	Observações
Categoria 15: Impaciência/irritação	Sim () Não ()
Categoria 16: Impotência	Sim () Não ()
Categoria 15: sedução	Sim () Não ()
Categoria 18: cansaço	Sim () Não ()
Categoria 19: Distância afetiva	Sim () Não ()
Categoria 20: Estado contemplativo/ternura	Sim () Não ()
Categoria 21: Necessidade orientar/organizar	Sim () Não ()
CAMPO PARA DESCREVER A REAÇÃO EMOCIONAL	

Tabela 14.b Respostas dos juízes

	Juízes	Respostas da categoria principal
Registro 1	1,5 e 6	Opção categoria 19 “distância afetiva”
	2	Opção categoria 12 “exclusão”
	4	Opção categoria 2 “incômodo”
	3	Sugere categoria inexistente “falta de interesse”
Registro 2	4, 5 e 6	Opção categoria 1 “gostou”
	1 e 2	Opção categoria 5 “vontade de acolher”
Registro 3	1,4 e 5	Opção categoria 19 “distância afetiva”
	2	Opção categoria 6 “pena/dó”
	3 e 6	Resposta “Não há informação”
Registro 4	1,3,4,5 e 6	Opção categoria 2 “incômodo”
	2	Opção categoria 3 “sensação de estar sendo controlado”
Registro 5	1,3,4,5 e 6	Opção categoria 5 “vontade de acolher”
	2	Opção categoria 11 “curiosidade/interesse”
Registro 6	3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “gostou”
	1	Opção categoria 14 “confusão”
	2	Opção categoria 5 “vontade de acolher”
Registro 7	1,2 e 4	Opção categoria 5 “vontade de acolher”
	3,5 e 6	Opção categoria 11 “curiosidade/interesse”
Registro 8	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 1 “gostou”
Registro 9	1,2,3,4,5 e 6	Opção categoria 12 “exclusão”
Registro 10	2,5 e 6	Opção categoria 2 “incômodo”
	4	Opção categoria 10 “mal estar”
	1	Opção categoria 18 “cansaço”
	3	Sem resposta “sugere nova categoria – medo”

Discussão dos resultados da tabela 14

Ao mesmo tempo que observamos a ocorrência de unanimidade de respostas dos juízes em alguns registros, ficou evidente a dificuldade de se obter tal “unanimidade” dos juízes pela ampla gama de opções de respostas muito próximas. (Vide registro 10, por exemplo). Entender literalmente o texto, em busca da palavra “exata” que definisse o que “sentia” o terapeuta, provocou alguma amplitude de respostas por parte dos juízes. O objetivo é detectar o tipo de angústia do paciente e que tipo de relação o mesmo estabelece, tudo em função da reação emocional do terapeuta despertada pelo paciente e registrada na tabela.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento, a versão informatizada para testes foi configurada considerando o processo e os achados desta pesquisa, e encontra-se disponível para o uso e reformulações no sistema do ISS (anexo 5). Isto foi o resultado da análise da construção das tabelas e da avaliação, ou teste, dos juízes que apontou pontos importantes a serem considerados para a construção da versão informatizada e a implantação da mesma. Vejamos:

Algumas tabelas mostraram-se pouco claras. Deveriam conter explicações sobre cada categoria para garantir maior fidedignidade nas respostas escolhidas pelos terapeutas. A análise deixou evidente que boa parte das dificuldades encontradas pelos juízes no preenchimento das tabelas pode ser atribuída à falta de treinamento dos terapeutas para o uso do banco de dados, assim como para a compreensão do sentido e da importância do mesmo. Autores citados na introdução discutiram em seus trabalhos sobre a importância de se estabelecer uma linguagem comum, dos usuários se apropriarem do instrumento, de cada serviço desenvolvê-lo de acordo com as suas características e da importância do treinamento (Andreolli et al., 1996; Herzberg 2000, 2005, 2006).

Neste sentido, muitas situações reveladas na análise das tabelas indicam ser imperioso que o grupo o LEC defina em conjunto o modo de proceder em casos específicos, porém recorrentes. Por exemplo, na tabela 1 é necessário optar por apenas uma opção embora, muitas vezes, ocorram eventos simultâneos. Neste caso, para garantir a eficácia de um instrumento informatizado com a finalidade de desenvolver pesquisas qualitativas e quantitativas, é preciso escolher apenas um dos eventos. Seria interessante que a definição dos critérios utilizados para tal escolha fosse estabelecido pelo grupo. Isto seria também uma forma de implicar os envolvidos na construção do instrumento e, com isso, incrementar o sentido e o cuidado com o mesmo.

Identificou-se também a necessidade de se criar novas categorias em algumas tabelas. Ainda no exemplo acima, da tabela 1, poderíamos pensar em incluir uma nova alternativa que seria “procurou diretamente pelo LEC por telefone”. Fica assim visível o fato do processo de construção do instrumento ser vivo e constante, exigindo reformulações de acordo com o uso e as mudanças advindas da prática.

Outro aspecto significativo revelado pela análise de mais de um registro foi o fato da informação adequada não estar localizada no campo exatamente correspondente, apesar de contemplada em outro local. A mesma dificuldade ocorreu no tratamento do material pela

pesquisadora e podemos pensar que uma melhor organização do banco de dados pode facilitar o preenchimento e evitar tais distorções, facilitando o objetivo do grupo de organizar as informações compondo assim a base para elaboração de futuras pesquisas.

Outro problema freqüente em algumas tabelas, e que dificultou a tarefa dos juízes, foi a grande quantidade de opções, o que fez com que alguns juízes preenchessem uma opção não necessariamente a mais adequada, e, sim, a que surgia primeiro e parecia coerente com o registro original. Este tipo de problema pode sugerir tanto a necessidade de uma maior simplificação da tabela envolvendo menos opções e estas serem mais sintéticas, quanto a importância de um treinamento dos terapeutas para o uso do instrumento. Tal questão deve ser discutida com o grupo, pois o ideal é que o instrumento seja aprimorado com a efetiva participação de seus usuários; isto seria também uma forma deles se apropriarem do banco de dados e de não encarar o instrumento apenas como aumento de tempo de trabalho após os atendimentos clínicos. Ficou patente a necessidade de elaborar pequenas explicações daquilo que está sendo solicitado em cada tabela e qual o significado de cada categoria para se falar uma linguagem comum e evitar problemas no preenchimento dos dados.

Vale notar que nas tabelas que envolviam observação objetiva, tanto no registro original quanto no preenchimento das tabelas, foram poucas as dificuldades. É uma comprovação da eficácia do instrumento proposto para o registro deste tipo de observação. Mais uma vez notamos semelhanças com outras experiências de processos de informatização de serviços. Em duas experiências citadas na introdução (Andreolli et al., 1996; Herzberg 2000, 2005, 2006) os autores julgaram necessária a divisão entre aspectos administrativos ou demográficos e aspectos clínicos. Os primeiros eram identificados como administrativos por Herzberg ou como demográficos e de fluxo de atendimento por Andreolli et al, e os segundos como todo material clínico, ou aspectos da relação terapeuta-paciente sendo registrados de forma narrativa. Contudo, ambos os casos identificam a dificuldade na sistematização dos aspectos dinâmicos da relação terapeuta-paciente.

Em função da análise efetuada, é plausível concluir que muitas das dificuldades encontradas pelos juízes no preenchimento das tabelas que envolviam o movimento do(s) sujeito(s), poderiam ser radicalmente reduzidas se o próprio terapeuta que observou e atendeu o paciente ou casal preenchesse a tabela. Por exemplo, é aceitável pensar que os erros ou divergências que apareceram nas respostas dos juízes na tabela 5 não ocorreriam, pois seria fácil distinguir se o paciente estava olhando ao redor (observando o ambiente) ou fixamente para a porta de saída dos terapeutas, confusão que ocorreu com o registro 4. E fica claro também que a passagem de um registro de uma observação objetiva para um registro de

impressões que passam pela subjetividade do terapeuta representa uma maior dificuldade de formulação das respostas. Tal dificuldade suscita questões que precisam ser resolvidas na elaboração, preenchimento e limitações do instrumento.

A expectativa é a de que as diferentes alternativas de RP's ajudem o terapeuta a discriminar melhor aquilo que observou. Contudo, isto exigirá trabalho e atenção do terapeuta, tanto para a observação externa quanto para suas próprias impressões pessoais, porém, profissionais.

5 REFERÊNCIAS

- Alexander, F. & French, T. (1965) *Terapêutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Pa33idós.
- Anconna-Lopez, M. (1981). *Avaliação de serviços de psicologia clínica*. Tese de dissertação de mestrado, departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Andreolli, P.B.A., Peluso, E.T., Andreolli, S. & Martins, L.A.N. (1996) *Padronização e informatização de dados em serviço de interconsulta médico-psicológica de um hospital geral*. Revista ABP-APAL. 18(3), 89-94.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bergeret, J. (1998) *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Bergeret, J., & Dubor, P. (1998) Entrevista com o paciente em psicologia patológica. In J. Bergeret (Direção), *Psicologia patológica: teoria e clínica*. (pp.129 – 135). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, ArtMed.
- Braier, E. A. (1986) *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dantas, M. S.;João, P. M.; Hegenberg, M. (2001) *Análise e Definição de Foco no Atendimento de Casal em Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. In I Congresso Brasileiro de Psicologia: ciência e profissão, realizado na USP/SP de 1 a 5/setembro/2001.
- Farah, R.M. (2000) *Projeto de informatização da clínica Ana Maria Poppovic da faculdade de psicologia da PUC-SP*. Psicologia Revista. 11, 105-119.
- Farah, M.F. & Campos, I.F. (2000) Serviço de informática em clínica escola: alguns desafios e demandas observados pelo grupo NPPI – Núcleo de Pesquisas da Psicologia em Informática da Clínica Psicológica. In E. Sayeg (org.), *Psicologia e informática*, Coleção Qualificação Profissional. (pp. 115-126). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fiorini, H. J. (1999) *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Gilliéron, E. (1986) *As Psicoterapias Breves*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Gilliéron, E. (1993) *Introdução às Psicoterapias Breves*. São Paulo: Martins Fontes Ed.
- _____ (1996) *A primeira entrevista em Psicoterapia Breve*. São Paulo: Ed. Unimarco.
- João, P.M.; Dantas, M.S.; Hegenberg, M. (2001) *A Experiência de Três Anos do Projeto “Problemas Conjugais: Atendimento em Psicoterapia Breve*. In I Congresso Brasileiro de Psicologia: ciência e profissão, realizado na USP/SP de 1 a 5/setembro/2001.
- Lanman, M. & Grier, F. (2001) A psychoanalytic approach to brief marital psychotherapy. In F. Grier, *Brief encounters with couples some analytical perspectives*, London: Karnac.
- Hegenberg, M. (1998) *Indicação de psicoterapia de acordo com diferentes enquadres*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia/USP, São Paulo.
- _____ (2004) *Psicoterapia Breve*. Coleção Clínica Psicanalítica dirigida por Flávio Carvalho Ferraz. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Herzberg, E. (2000). Informatização de uma clínica psicológica escola: considerações gerais e breve apresentação do programa. In E. Sayeg (org.), *Psicologia e informática: interfaces e desafios*, Coleção Qualificação Profissional. (pp. 127- 139). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2005) Informatização da clínica psicológica “Dr.Durval B.Marcondes”: benefícios para usuários e profissionais. In *Psicologia e informática: desenvolvimentos e progressos*, Coleção Qualificação Profissional. (pp. 77-89). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2006) PsicoUSP - Programa de gerenciamento de clínica-escola: aplicações para supervisores e para pesquisa. In E. F. M., Silveiras (org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (pp. 43-58) Campinas, SP : Alínea.
- Kernberg, O. (2003) Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In A. Green (org.), *Psicanálise Contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise*, número especial 2001. (pp. 24-49). Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Laplanche, J. (2001) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Malan, D. (1981) *As fronteiras da psicoterapia breve: um exemplo de convergência entre pesquisa e prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Meireles, M.M. (2001) *Anomia: a patologia social na virada do milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Psicologia e Informática: desenvolvimentos e progressos* (2005) Coleção Qualificação profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prado, O.Z. (2005) Softwares para psicologia: regulamentação, produção nacional e pesquisas em psicologia clínica. *Boletim de Psicologia*, vol. LV, n. 123, 189-204.
- Sayeg, E. (Org.).(2000). *Psicologia e informática: interfaces e desafios*. Coleção Qualificação Profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sifneos, P. (1993) *Psicoterapia breve provocadora de ansiedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Turato, E.R. (2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Ed.Vozes.
- Wechsler, R.; Anção, M.S.; Campos, C.J.R.; Sigulem, D. (2003, maio/junho). A informática no consultório médico. *Jornal de Pediatria*. 79(1), (Rio de J.). [periódico na Internet]. [citado 2007 Jun 09]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700002&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 01/2007.
- Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zacharias, J. (org.) (2005) Serviços de orientação psicológica mediados por computador, desenvolvidos pelo NPPI – Núcleo de pesquisas da psicologia em informática da clínica psicológica da PUC-SP. In *Psicologia e informática: desenvolvimentos e progressos*, Coleção Qualificação Profissional. (pp. 91-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.

6 ANEXOS

ANEXO 1 - Modelo da “Ficha de registro dos primeiros contatos” do LEC.

**Ficha de registro dos primeiros contatos
Psicoterapia Breve
Problemas Conjugais**

Nome do paciente:
Terapeuta responsável pela recepção:
Data da 1ª sessão:
Modalidade de atendimento: () individual () casal () grupal

<p>** Como soube e/ou chegou ao projeto? (internet, secretaria Sedes, indicação de amigos ou profissionais, outros)</p>
--

A. Modo de chegada

A.1. Informações que precedem o encontro com o(s) paciente(s):

(quem procurou atendimento / houve contato telefônico / se sim, com quem e como foi / veio pessoalmente / veio para o plantão / chegou procurando o projeto ou atendimento geral / outros, como p.ex., informações provenientes da secretária ou de outros profissionais, ou de familiares.)

A.2. Sala de espera.

(acompanhado ou sozinho / postura, gestos, estilo de vestimenta / o que está fazendo / primeiras impressões do(a) terapeuta.)

B. Chamada do(a) terapeuta.

- Apresentação / como foi / reação do paciente.
- percurso até a sala (houve conversas / posição do paciente em relação ao terapeuta / outros)

C. Entrando na sala.

- quem entrou primeiro
- qual foi a atitude do paciente ao entrar
- descreva o processo.

D. Primeiras falas.

- quem falou
- como foi
- após quanto tempo
- outros

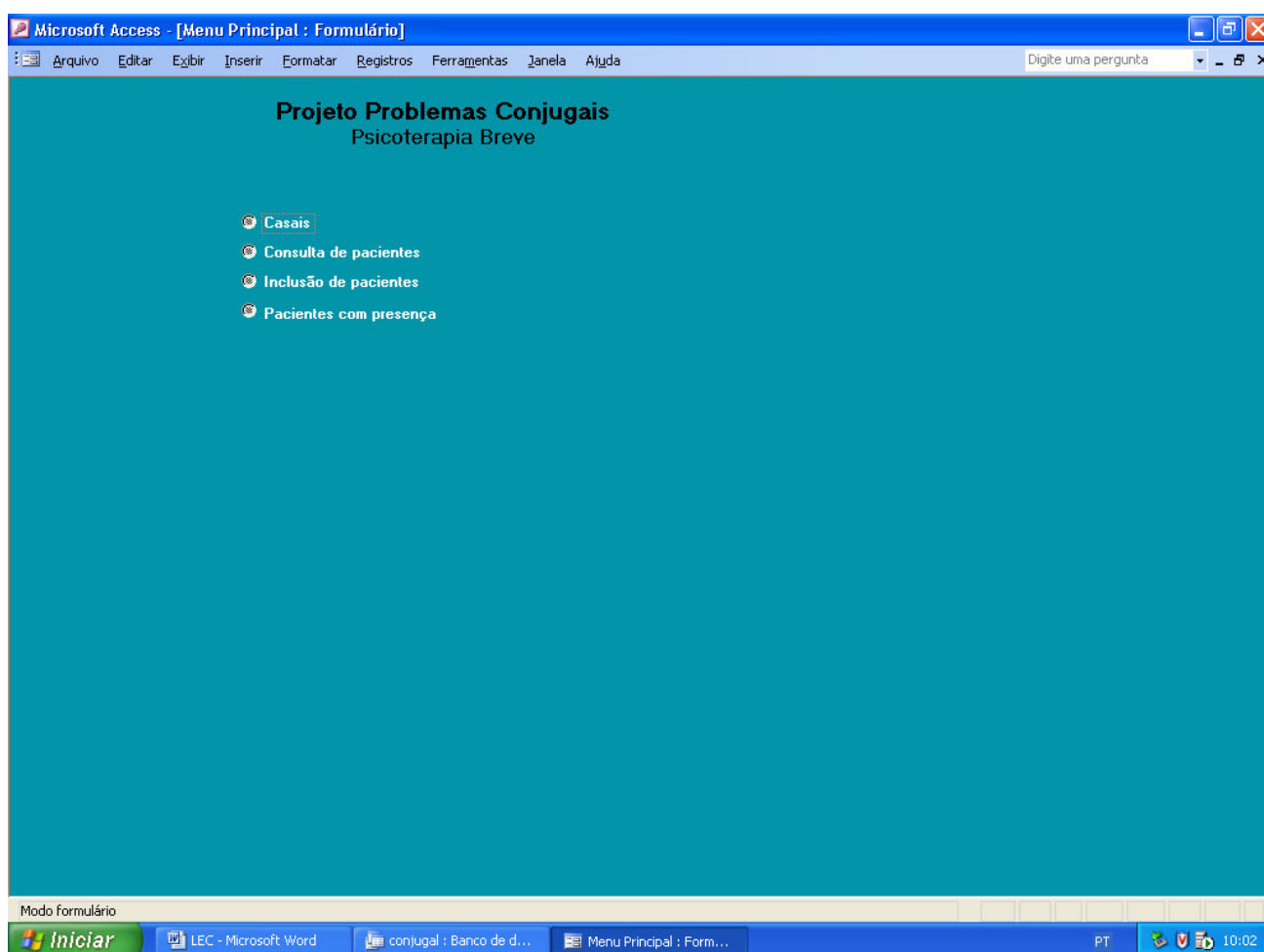
E. Reação emocional do terapeuta

- descreva, comente.

F. Síntese das sessões iniciais**G. Contrato**

- Foco
- Tempo
- Valor a ser cobrado
- Férias
- Faltas

ANEXO 2 - Primeira estrutura do banco de dados do LEC (antigo Projeto Problemas Conjugais – PPC). Essa estrutura que será a base documental de análise da pesquisa proposta.



Microsoft Access - [Projeto Problemas Conjugais - Pacientes]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

Casal: _____

Prontuário

Dados pessoais	Primeiros contatos	Família de origem	Supervisões	Relatórios
Relação conjugal	Psicoterapia breve	Clínica	Follow-up	

Primeiros contatos

Terapeuta responsável pela recepção: _____ 1ª sessão: _____

Modalidade: _____ Como chegou ao projeto: _____

Informações que precedem o encontro	Sala de espera	Chamada do terapeuta
Entrando na sala	Primeiras falas	Reação emocional do terapeuta
Síntese das sessões iniciais	Contrato	

Registro: 1 3 de 3 (Filtrado)

Modo formulário

Windows taskbar: Iniciar, 2 Microsoft..., conjugal : Ban..., Menu Principal..., Consulta Casa..., Projeto Proble..., Microsoft Acc..., PT, 10:04

ANEXO 3 - Carta de autorização da diretoria para realização da pesquisa no Instituto Sedes Sapientiae.



Instituto Sedes Sapientiae
R. Ministro Godoy 1484
05015-900 SP Brasil
Tel/Fax 0xx11 3866 2730
<http://www.sedes.org.br>
sedes@sedes.org.br

DIRETORIA

CI019/04

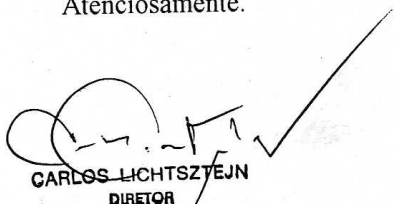
São Paulo, 03 de junho de 2004.

Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
A/C.: Prof^a Dr^a Eliana Herzberg

Prezada Senhora

Informamos que Marta Serodio Dantas está autorizada a realizar pesquisa na Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae sobre "Atendimento em psicoterapia breve de problemas conjugais: proposta de 'software' como instrumento auxiliar no trabalho clínico institucional", para fins de obtenção do título de Mestre em Psicologia na Área de Psicologia Clínica.

Atenciosamente.



CARLOS LICHTSZTEJN
DIRETOR

ANEXO 4 - Modelo do material que foi entregue aos juizes.

Título da pesquisa: “Atendimento em Psicoterapia Breve de Problemas Conjugais: proposta de informatização de registros da avaliação inicial como instrumento auxiliar no trabalho clínico-institucional”

Parte I: INSTRUÇÕES AOS JUÍZES

O objetivo geral desta pesquisa científica é reformular e sistematizar uma parte da base de dados – fase inicial, desenvolvida e utilizada pela equipe do Projeto Problemas Conjugais: atendimento em psicoterapia breve. Esta base de dados é um instrumento que visa aprimorar a forma de registro de material clínico dos atendimentos para fins clínico-insitucionais e de pesquisa.

O objetivo desta fase da pesquisa é verificar se as categorias piloto elaboradas pela pesquisadora contemplam as informações relevantes dos registros originais. Por registros originais entenda-se registros feitos pelos profissionais na época em que atenderam o(s) cliente(s).

A participação dos juizes consistirá em classificar os registros originais nas categorias piloto em teste, fornecidas agora nesta etapa.

Cada juiz irá receber 10 registros originais identificados apenas por números. Trata-se de registros livres realizados pelos terapeutas do Projeto em estrutura de banco de dados com categorias pré-estabelecidas utilizadas naquele momento, no Projeto.

A tarefa consiste em classificar em categorias os registros (utilizar tabelas em anexo).

O juiz deverá ler os registros e utilizar as tabelas de forma a incluir o máximo de informações constantes nos originais.

Cada registro e classificação é individual, mesmo quando for atendimento de casal o registro é de cada um dos cônjuges.

Solicita-se aos juizes nas situações em que não encontrarem alternativas adequadas para a classificação que deixem em branco e coloquem uma observação/sugestão do que está faltando. Todos os comentários serão bem vindos.

Agradeço a colaboração.

Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos pessoalmente ou pelos telefones (11) 3675 3953 ou 96404994.

São Paulo, 24 de novembro de 2005.

Martha Serôdio Dantas
Psicóloga 06/53809

Título da pesquisa: “Atendimento em Psicoterapia Breve de Problemas Conjugais: proposta de informatização de registros da avaliação inicial como instrumento auxiliar no trabalho clínico-institucional”.

Parte II: Dados pessoais de identificação do juiz e Termo de Consentimento

OBS. Esta parte não será anexada à pesquisa para preservar a identidade dos juízes que serão identificados apenas pelo número no momento da análise e interpretação dos resultados da fase de teste.

- 1) Nome completo:
- 2) Endereço:
- 3) Sexo:
- 4) Data de nascimento:
- 5) Idade em anos completos:
- 6) Naturalidade:
- 7) Grau de escolaridade:
- 8) Formação:
- 9) Titulação:
- 10) Ocupações profissionais atuais:
- 11) Há quanto tempo:
- 12) Terapeuta do Projeto Problemas Conjugais: atendimento em psicoterapia breve?
Sim () Não ()

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA JUIZES

Título da pesquisa: “Atendimento em Psicoterapia Breve de Problemas Conjugais: proposta de informatização de registros da avaliação inicial como instrumento auxiliar no trabalho clínico-institucional”.

Local: Clínica Psicológica do Instituto Sedes Sapientiae (ISS), Projeto Problemas Conjugais: atendimento em psicoterapia breve.

Pesquisadora: Martha Serodio Dantas, psicóloga, mestranda em psicologia clínica pelo IP/USP.

Telefone para contato: (11) 3675 3953 ou (11) 9640 4994.

O propósito desta pesquisa científica é reformular e sistematizar uma parte da base de dados – fase inicial, desenvolvida e utilizada pela equipe do Projeto Problemas Conjugais: atendimento em psicoterapia breve. Essa base de dados é um instrumento que visa aprimorar a forma de registro de material clínico dos atendimentos para fins clínico-insitucionais e de pesquisa. A participação dos juizes consiste em testar as novas categorias estabelecidas.

Os registros realizados durante a fase de teste pelos juizes não serão divulgados aos profissionais que trabalham nesta ou outra Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicações de conteúdo acadêmico e especializado.

Você pode não enxergar benefícios diretos ou imediatos enquanto juiz deste estudo, além da oportunidade de conhecer o instrumento em fase de teste, mas poderá haver mudanças nos cuidados prestados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões deste trabalho.

Este termo, em duas vias, é para certificar que EU, _____

_____,
Sexo: _____; Idade: _____; Estado Civil: _____;

Profissão: _____; Natural: _____; Estado: _____.

Nome dos pais: MÃE: _____

Pai: _____

RG: _____, concordo em participar da pesquisa na qualidade de juiz voluntário e autorizo a utilização dos dados por mim fornecidos para fins da pesquisa e posterior publicação em veículos científicos, bem como estou ciente de que contribuirei preenchendo alguns formulários para testar as categorias desenvolvidas pela pesquisa.

Estou ciente de que ao término da pesquisa os resultados serão divulgados, porém, sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico fará a interpretação dos resultados para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi registrado, para discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.

Estou ciente de que sou livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante o processo, bem como retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem nenhum tipo de prejuízo.

Por fim, sei que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

Fica estabelecido que haverá uma declaração de participação na pesquisa como juiz na fase de teste das categorias.

São Paulo; de _____ de 20 ____.

Nome e Assinatura do Juiz

Nome e assinatura de testemunha

Nome e Assinatura do Pesquisador

Título da pesquisa: “Atendimento em Psicoterapia Breve de Problemas Conjugais: proposta de informatização de registros da avaliação inicial como instrumento auxiliar no trabalho clínico-institucional”.

Parte III: formulários para classificação em categorias dos registros livres da parte “Primeiros Contatos” da primeira versão do banco de dados do Projeto Problemas Conjugais: atendimento em psicoterapia breve.

FOLHA DE ROSTO DAS AVALIAÇÕES DOS JUÍZES

Título da pesquisa: “Atendimento em Psicoterapia Breve de Problemas Conjugais: proposta de informatização de registros da avaliação inicial como instrumento auxiliar no trabalho clínico-institucional”.

Registro N. _____

Juiz N. _____

Local (Instituição) : _____

Cidade e data: _____

**Tabela 1: Informações da Secretaria
(antes do paciente ser atendido por terapeuta do Projeto)**

OBS. Nesta tabela pode ocorrer mais de uma alternativa, o importante é o registro do primeiro movimento da procura. (Ex. se telefonou e depois compareceu ao plantão, escolher apenas telefonou)

Procurou diretamente pelo Projeto Problemas Conjugais	Sim ()	Não ()
Compareceu pessoalmente ao Sedes no dia do Plantão	Sim ()	Não ()
Compareceu pessoalmente ao Sedes em outro dia/horário	Sim ()	Não ()
Telefonou à Clínica do Sedes	Sim ()	Não ()
Outra pessoa telefonou à Clínica do Sedes	Sim ()	Não ()
Encaminhamento de outro setor/profissional da Clínica	Sim ()	Não ()

Tabela 2: Informações que precedem o encontro				
OBS. Nesta tabela as categorias são EXCLUDENTES, ou seja, PREENCHER APENAS UMA ALTERNATIVA. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.				
Categorias				Subcategorias
Categoria 1: Procura Espontânea	Sim ()	Não ()		
Categoria 2: Encaminhado por outro profissional do Sedes	Sim ()	Não ()	Clínica () Cursos (...)	Secretaria () Plantão Telefônico () Terapia anterior () Recepção Clínica () Terapeuta do Projeto () Psiquiatra () Assistente Social () Professor () Aluno/Ex-aluno () Outros ()
Categoria 3: Encaminhado por profissionais de Saúde	Sim ()	Não ()		Psiquiatra () Médico outras especialidades() Psicólogo Hospital () Psicólogo do Trabalho () Psicólogo Escola () Psicólogo outra instituição () Psicólogo Particular () Psicólogo outros () Assistente Social () Outros (fono, fisio, etc.) ()
Categoria 4: Encaminhado por outra instituição	Sim ()	Não ()		Escola () Igreja () Poder Judiciário () ONG () Outra ()
Categoria 5: Iniciativa de outra pessoa	Sim ()	Não ()		A mulher do casal () O Homem do casal () Familiar da mulher () Familiar do homem () Amigo da mulher () Amigo do homem () Amigo Casal () Colega trabalho mulher () Colega trabalho homem () outros ()

Tabela 3: Como soube do Projeto

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO. No campo das subcategorias pode haver mais de uma opção.

Categorias			Subcategorias
Categoria 1: Por meio de amigo	Sim ()	Não ()	Atendido no Projeto () Atendido no Sedes () Conhecia o Sedes ()
Categoria 2: Por meio de alguém da família	Sim ()	Não ()	Atendido no Projeto () Atendido no Sedes () Conhecia o Sedes ()
Categoria 3: Por meio de pessoa ligada ao Sedes	Sim ()	Não ()	Professor () Aluno Sedes () Aluno Curso PB () Ex-aluno Sedes () Ex-aluno Curso PB () Secretaria Clínica () Secretaria Cursos () Outros Profissionais ()
Categoria 4: Internet	Sim ()	Não ()	
Categoria 5: Profissional Saúde	Sim ()	Não ()	Psiquiatra () Médico outras especialidades () Psicólogo Hospital () Psicólogo do Trabalho () Psicólogo Escola () Psicólogo outra instituição () Psicólogo Particular () Psicólogo outros () Assistente Social () Outros (fono, fisio, etc.) ()
Categoria 6: Profissional Educação	Sim ()	Não ()	
Categoria 7: Outros Profissionais	Sim ()	Não ()	

Tabela 4: Apresentação no Plantão na sala de espera		
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1: Compareceu sozinho	Sim ()	Não ()
Categoria 2: Compareceu acompanhado cônjuge	Sim ()	Não ()
Categoria 3: Compareceu acompanhado familiar	Sim ()	Não ()
Categoria 4: Compareceu acompanhado amigo	Sim ()	Não ()
Categoria 5: Compareceu acompanhado outros	Sim ()	Não ()

Tabela 5: Comportamento observado no momento da chamada do terapeuta na sala de espera		
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1: Lendo revista/livro/outros	Sim ()	Não ()
Categoria 2: Preenchendo ficha inscrição	Sim ()	Não ()
Categoria 3: Conversando com cônjuge	Sim ()	Não ()
Categoria 4: Conversando com outros pacientes na sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 5: Conversando com algum profissional da clínica (ex. secretaria)	Sim ()	Não ()
Categoria 6: Observando ambiente	Sim ()	Não ()
Categoria 7: Não estava na sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 8: Quieto/ar absorto	Sim ()	Não ()
Categoria 9: Observando atento a saída dos terapeutas	Sim ()	Não ()
Categoria 10: Andando pela sala de espera	Sim ()	Não ()
Categoria 11: Parado em pé distraído	Sim ()	Não ()
Categoria 12: Parado em pé atento	Sim ()	Não ()
Categoria 13: fumando	Sim ()	Não ()
Categoria 14: Entretido em atividade no guichê da secretaria (ex. assinando presença)	Sim ()	Não ()
Categoria 15: Sentado de modo esparramado	Sim ()	Não ()
Completar essa segunda parte apenas quando se tratar de atendimento de casais.		
Categoria 16: Se casal, estavam próximos porém “cada um na sua”	Sim ()	Não ()
Categoria 17: Se casal, estavam próximos e entretidos entre si	Sim ()	Não ()
Categoria 18: Se casal, estavam distantes	Sim ()	Não ()

Tabela 6: Impressões do terapeuta sobre o paciente na sala de espera		
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.		
Categorias		
Categoria 1: Alerta	Sim ()	Não ()
Categoria 2: Distraído / absorto	Sim ()	Não ()
Categoria 3: ansioso	Sim ()	Não ()
Categoria 4: Postura tensa	Sim ()	Não ()
Categoria 5: Cabisbaixo	Sim ()	Não ()
Categoria 6: Aagitado	Sim ()	Não ()
Categoria 7: tranquilo	Sim ()	Não ()
Categoria 8: agressivo	Sim ()	Não ()

Tabela 7: Comportamento apresentado à chamada do terapeuta na sala de espera			
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.			
Importante registrar a primeira reação no momento em que o terapeuta chama pelo nome do paciente ou casal.			
Categorias			Subcategorias
Categoria 1: Movimenta cabeça na direção da chamada e permanece sentado (a)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()
Categoria 2: Movimenta cabeça na direção da chamada e depois se levanta, permanecendo no local	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()
Categoria 3: Levanta e caminha em direção ao terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()
Categoria 4: Identifica-se verbalmente (p.ex. “sou eu”) e olha p/ terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()
Categoria 5: Não estava no local	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()
Impressões gerais no momento da chamada, apenas uma opção			
Categoria 6: Demonstra confusão / dúvida	Sim ()	Não ()	
Categoria 7: Demonstra simpatia (p.ex.sorri)	Sim ()	Não ()	
Categoria 8: Demonstra indiferença	Sim ()	Não ()	

**Tabela 8: Modo como paciente responde/apresenta-se à chamada do terapeuta:
Observar movimento iniciado pelo paciente na sala de espera**

**OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.
Importante registrar a primeira reação.**

Categorias			Subcategorias	
Categoria 1: Cumprimento de mãos	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	Firme () Mole () Neutro ()
Categoria 2: Apenas cumprimento verbal (p.ex. Bom dia, parzer, olá)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 3: Apenas gesto com movimento de cabeça	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 4: Permanece em pé aguardando alguma iniciativa terapeuta (apresentação, indicar caminho, etc)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 5: Inicia fala com justificativas/explicações	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 6: Inicia fala com comentários diversos(trânsito, facilidade chegar,etc.)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 7: Permanece quieto enquanto cônjuge fala	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	
Categoria 8: Ocupado com outra atividade e ignora terapeuta (falando celular,preenchendo ficha)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge ()	

Tabela 9: Comportamento observado no caminho até a sala: disposição espacial

OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.

Importante registrar a primeira reação. No campo de subcategorias pode haver mais de uma opção.

Categorias			Subcategorias
Categoria 1: Anda na frente do terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 2: Anda ao lado do terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 3: Anda logo atrás do terapeuta (próximo)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 4: Anda bem atrás do terapeuta (distante, lento)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 5: Anda bem na frente do terapeuta (distante)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()

Tabela 10: Comportamento observado no caminho até a sala: outras observações			
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.			
Categorias			Subcategorias
Categoria 1: silêncio	Sim ()	Não ()	
Categoria 2: Conversando com terapeuta	Sim ()	Não ()	
Categoria 3: Casal conversando entre eles, excluindo tp	Sim ()	Não ()	
Categoria 4: Casal conversando entre eles incluindo tp	Sim ()	Não ()	
Categoria 5: Ele conversando com tp, ela quieta	Sim ()	Não ()	
Categoria 6: Ela conversando com tp, ele quieto	Sim ()	Não ()	

Tabela 11: Comportamento observado no momento da entrada na sala de atendimento			
OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
Categorias			Subcategorias
Categoria 1: Entra e permanece em pé no meio da sala	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 2: Entra e permanece em pé próximo a porta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 3: Entra e permanece em pé próximo a poltrona terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 4: Entra e permanece em pé próximo lugar paciente (diva ou poltrona)	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta ()

			Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 5: Aguarda indicação terapeuta de onde sentar	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 6: Entra e senta lugar paciente	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 7: Entra e senta lugar terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 8: Entra e senta divã	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 9: Entra e senta em cadeira da mesa	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 10: Hesita de entrar e aguarda orientação terapeuta	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 11: Insiste em que terapeuta entre antes	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()

Tabela 12: Movimentos para sentar na sala de atendimento			
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO PARA CADA UM.			
Categorias			Subcategorias
Categoria 1: Pergunta onde sentar e segue orientação tp	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 2: Aguarda em silêncio sinal tp para sentar, já posicionado em frente	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 3: Senta após tp sentar	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 4: Logo senta o divã	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 5: Logo senta cadeira paciente	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 6: Logo senta cadeira perto mesa	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 7: Posiciona-se ao lado do cônjuge	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta ()

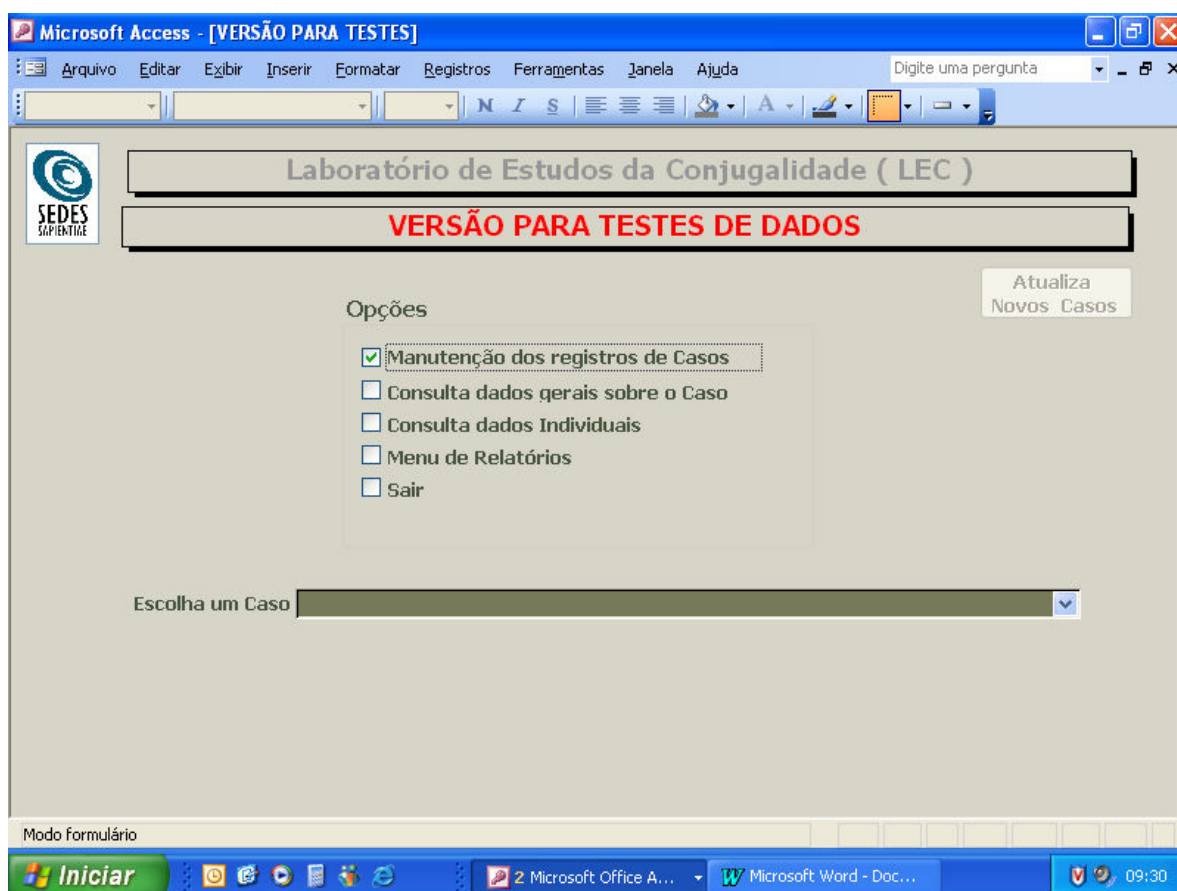
			Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 8: Posiciona-se em frente ao cônjuge	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 9: Frente tp	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()
Categoria 10: Ao lado tp	Sim ()	Não ()	Sem o cônjuge () Junto com o cônjuge () Antes do cônjuge () Depois do cônjuge () Na frente do terapeuta () Ao lado do terapeuta () Atrás do terapeuta () Sem informação ()

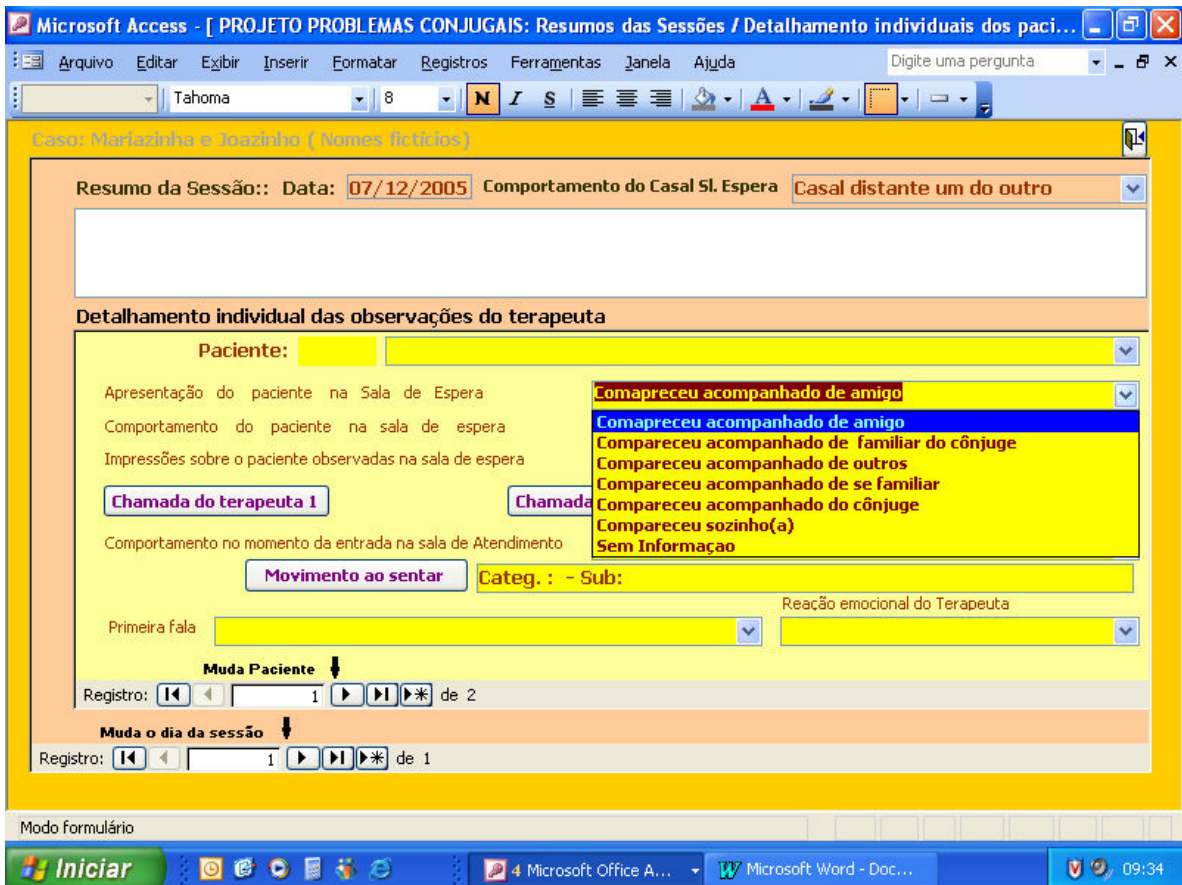
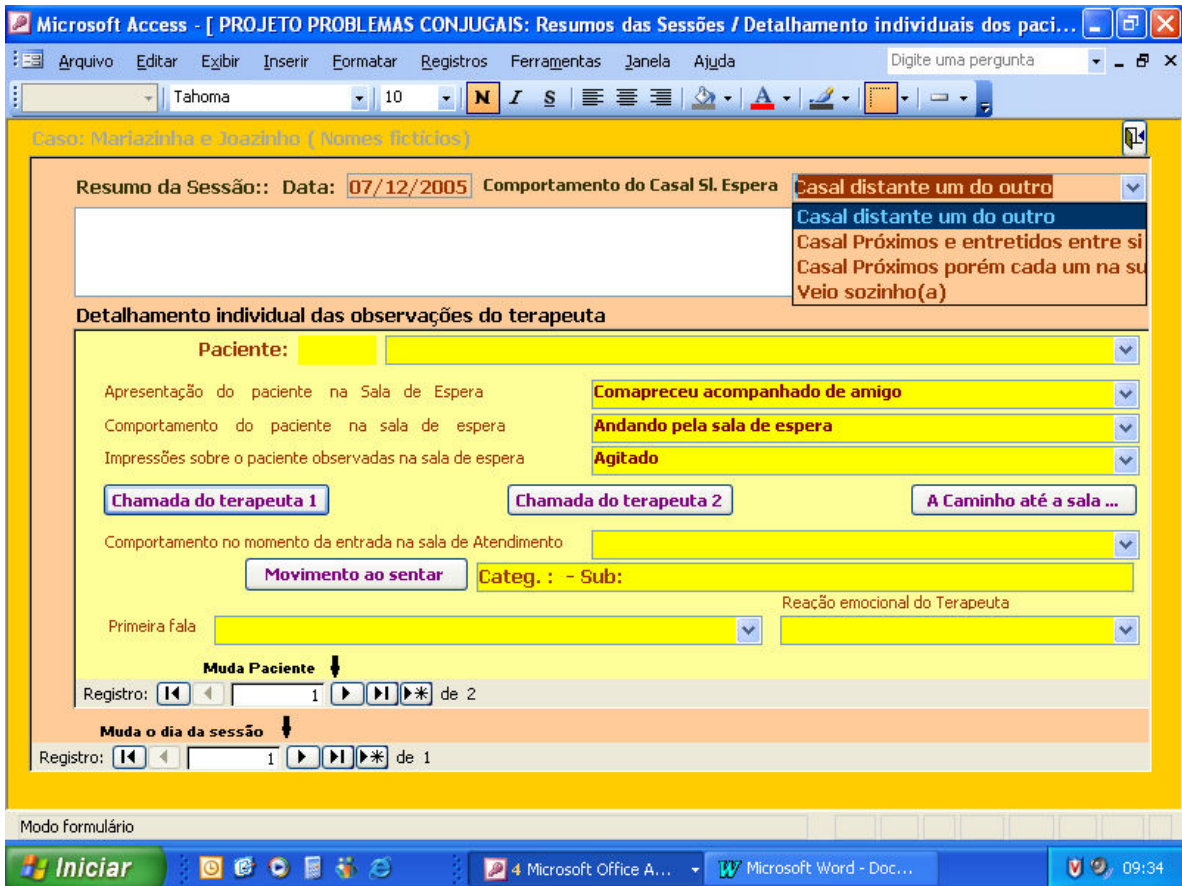
Tabela 13: Primeiras falas do paciente			
OBS. Tabela de categorias excludentes, PREENCHER APENAS UMA OPÇÃO.			
Categorias	Subcategorias		
Categoria 1: Silêncio, tp inicia	Sim ()	Não ()	
Categoria 2: Solicita esclarecimentos sobre Sedes	Sim ()	Não ()	
Categoria 3: Solicita esclarecimentos sobre tp (formação, etc)	Sim ()	Não ()	
Categoria 4: Diz nunca ter feito tp e não saber o que fazer/falar	Sim ()	Não ()	
Categoria 5: Diz ser de casa, mas parceiro (a) não pode comparecer	Sim ()	Não ()	
Categoria 6: Fala de problemas de comunicação na relação	Sim ()	Não ()	
Categoria 7: Fala de desejo de salvar a relação	Sim ()	Não ()	
Categoria 8: Fala de problemas sexuais na relação	Sim ()	Não ()	
Categoria 9: Fala de descoberta de traição	Sim ()	Não ()	
Categoria 10: Fala de precisar se fortalecer	Sim ()	Não ()	
Categoria 11: Fala de medo/desejo separação	Sim ()	Não ()	
Categoria 12: Esclarece encaminhamento de outro profissional/instituição	Sim ()	Não ()	

Categoria 13: Fala de como chegou ao Sedes (caminho, trânsito, etc)	Sim ()	Não ()	
Categoria 14: Permanece em silêncio e deixa cônjuge falar	Sim ()	Não ()	
CAMPO PARA ESCREVER A FALA SIGNIFICATIVA			

Tabela 14: Reação Emocional do Terapeuta no primeiro encontro/sessão.			
OBS. Tabela de categorias excludentes, preencher apenas uma opção.			
Categorias	observações		
Categoria 1: Gostou	Sim ()	Não ()	
Categoria 2: Incômodo	Sim ()	Não ()	
Categoria 3: Sensação de estar sendo controlado	Sim ()	Não ()	
Categoria 4: Conforto	Sim ()	Não ()	
Categoria 5: Vontade de acolher	Sim ()	Não ()	
Categoria 6: Pena/dó	Sim ()	Não ()	
Categoria 7: Raiva	Sim ()	Não ()	
Categoria 8: Antipatia	Sim ()	Não ()	
Categoria 9: Desconfiança	Sim ()	Não ()	
Categoria 10: Mal estar	Sim ()	Não ()	
Categoria 11: Curiosidade/interesse	Sim ()	Não ()	
Categoria 12: Exclusão	Sim ()	Não ()	
Categoria 13: Disputa/rivalidade	Sim ()	Não ()	
Categoria 14: Confusão	Sim ()	Não ()	
Categoria 15: Impaciência/irritação	Sim ()	Não ()	
Categoria 16: Impotência	Sim ()	Não ()	
Categoria 17: sedução	Sim ()	Não ()	
Categoria 18: cansaço	Sim ()	Não ()	
Categoria 19: Distância afetiva	Sim ()	Não ()	
Categoria 20: Estado contemplativo/ternura	Sim ()	Não ()	
Categoria 21: Necessidade orientar/organizar	Sim ()	Não ()	
CAMPO PARA DESCREVER A REAÇÃO EMOCIONAL			

ANEXO 5 - Banco de dados atual do LEC – versão para teste construída a partir dos resultados desta pesquisa.





Microsoft Access - [PROJETO PROBLEMAS CONJUGAIS: Resumos das Sessões / Detalhamento individuais dos paci...

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

Tahoma 8

Casal: Maria Izabela e Joãozinho (Nomes fictícios)

Resumo da Sessão:: Data: 07/12/2005 Comportamento do Casal SI. Espera Casal distante um do outro

Detalhamento individual das observações do terapeuta

Paciente: []

Apresentação do paciente na Sala de Espera Comapreceu acompanhado de amigo

Comportamento do paciente na sala de espera Andando pela sala de espera

Impressões sobre o paciente observadas na sala de espera Conversando com o cônjuge

Chamada do terapeuta 1 Chamada Conversando com outros pacientes na sala de espera

Comportamento no momento da entrada na sala de Atendimento Entretido com o cônjuge

Movimento ao sentar Categ.: - S Fumando

Primeira fala Lendo

Muda Paciente

Registro: 1 de 2

Muda o dia da sessão

Registro: 1 de 1

Modo formulário

Iniciar 4 Microsoft Office A... Microsoft Word - Doc... 09:35

Microsoft Access - [PROJETO PROBLEMAS CONJUGAIS: Resumos das Sessões / Detalhamento individuais dos paci...

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

Tahoma 8

Casal: Maria Izabela e Joãozinho (Nomes fictícios)

Resumo da Sessão:: Data: 07/12/2005 Comportamento do Casal SI. Espera Casal distante um do outro

Detalhamento individual das observações do terapeuta

Paciente: []

Apresentação do paciente na Sala de Espera Comapreceu acompanhado de amigo

Comportamento do paciente na sala de espera Andando pela sala de espera

Impressões sobre o paciente observadas na sala de espera Agitado

Chamada do terapeuta 1 Chamada Agitado

Comportamento no momento da entrada na sala de Atendimento Agrssivo

Movimento ao sentar Categ.: - S Alerta

Primeira fala Ansioso

Muda Paciente

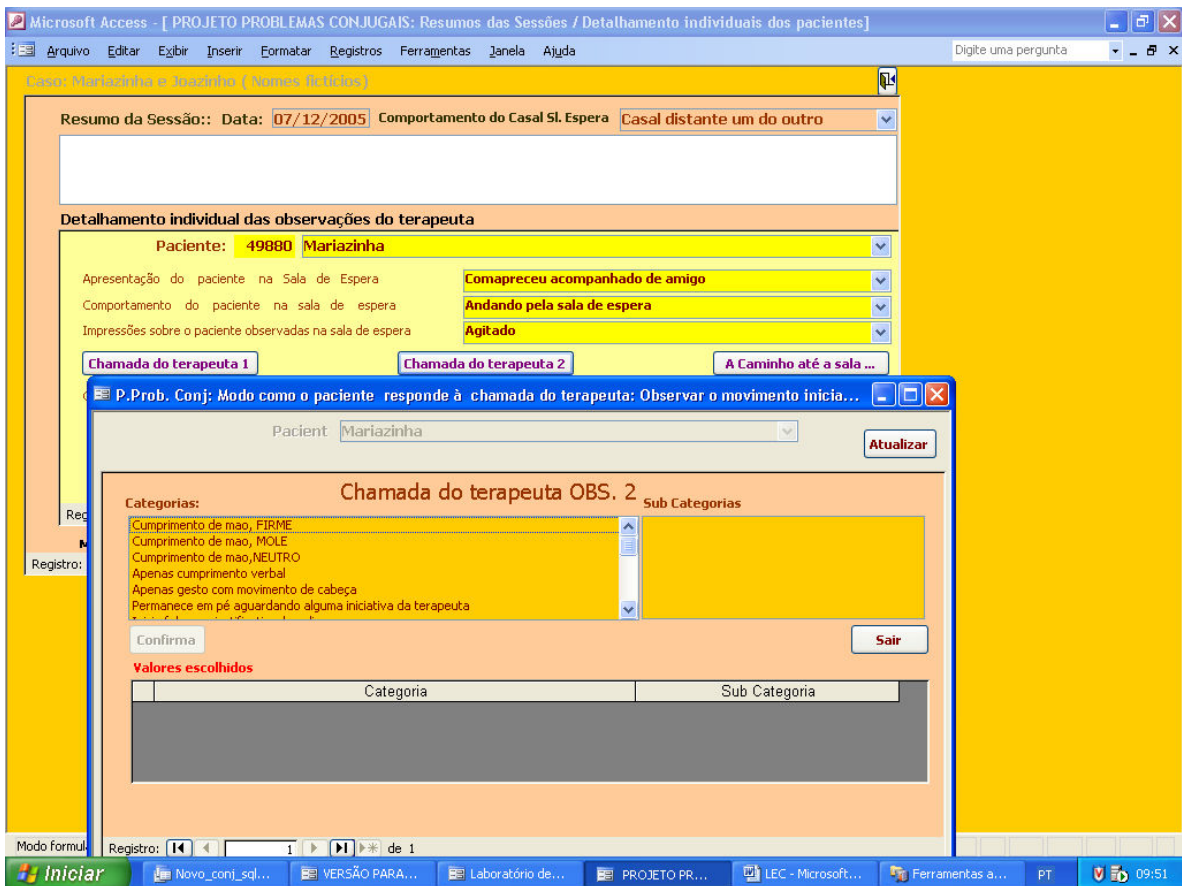
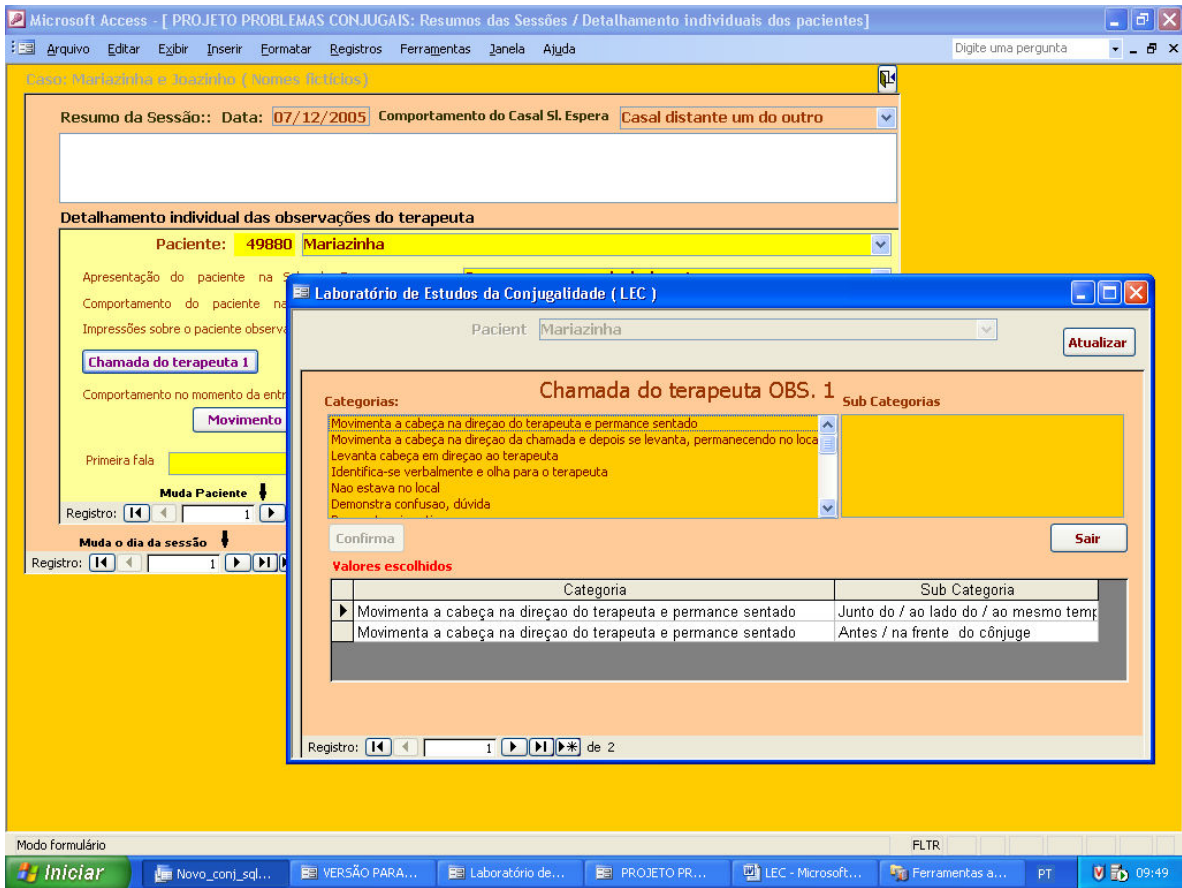
Registro: 1 de 2

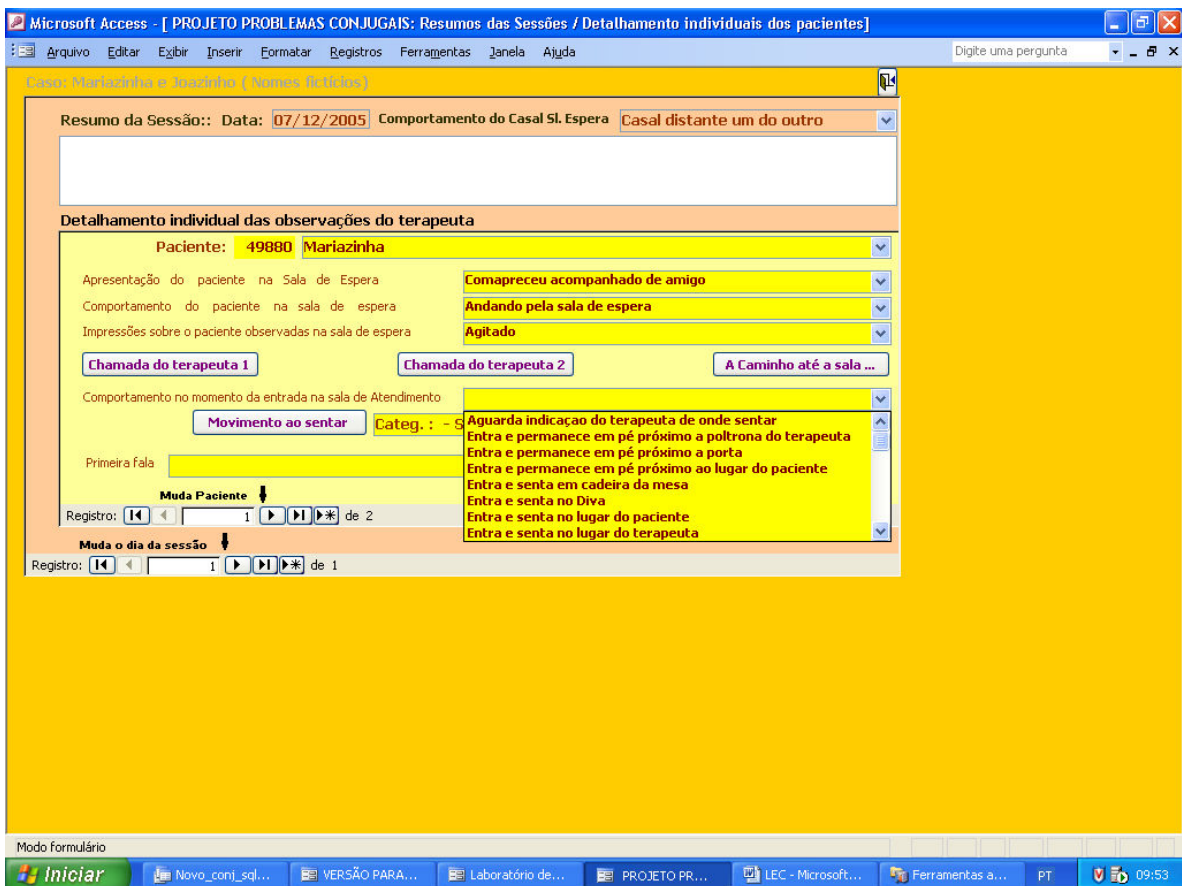
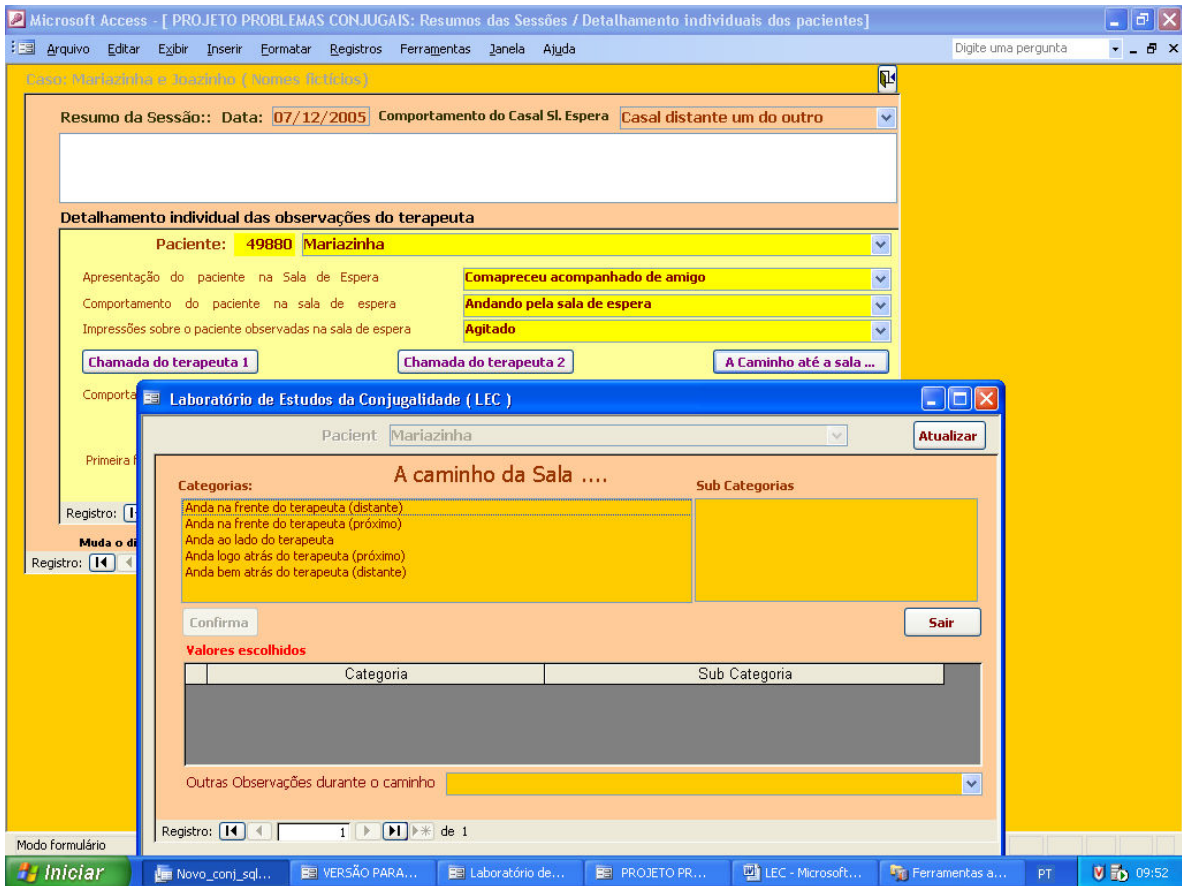
Muda o dia da sessão

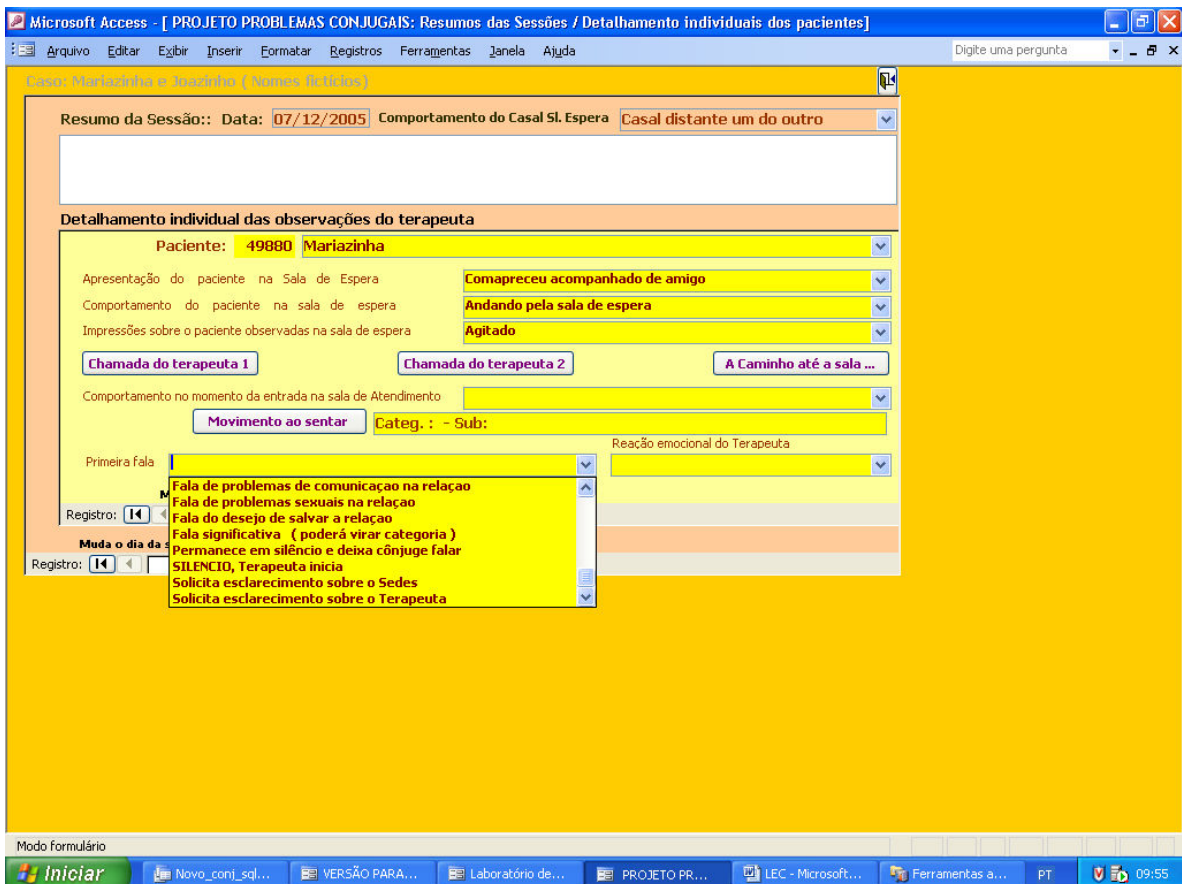
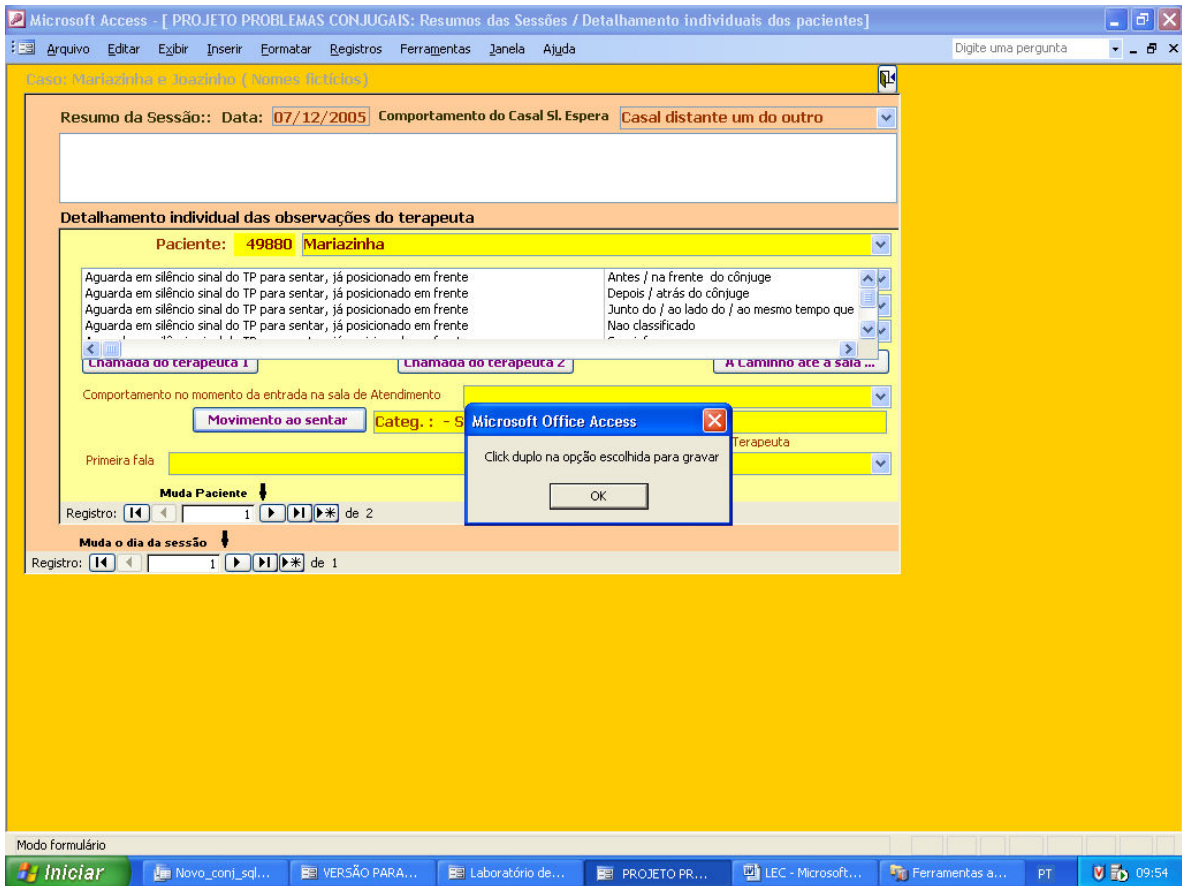
Registro: 1 de 1

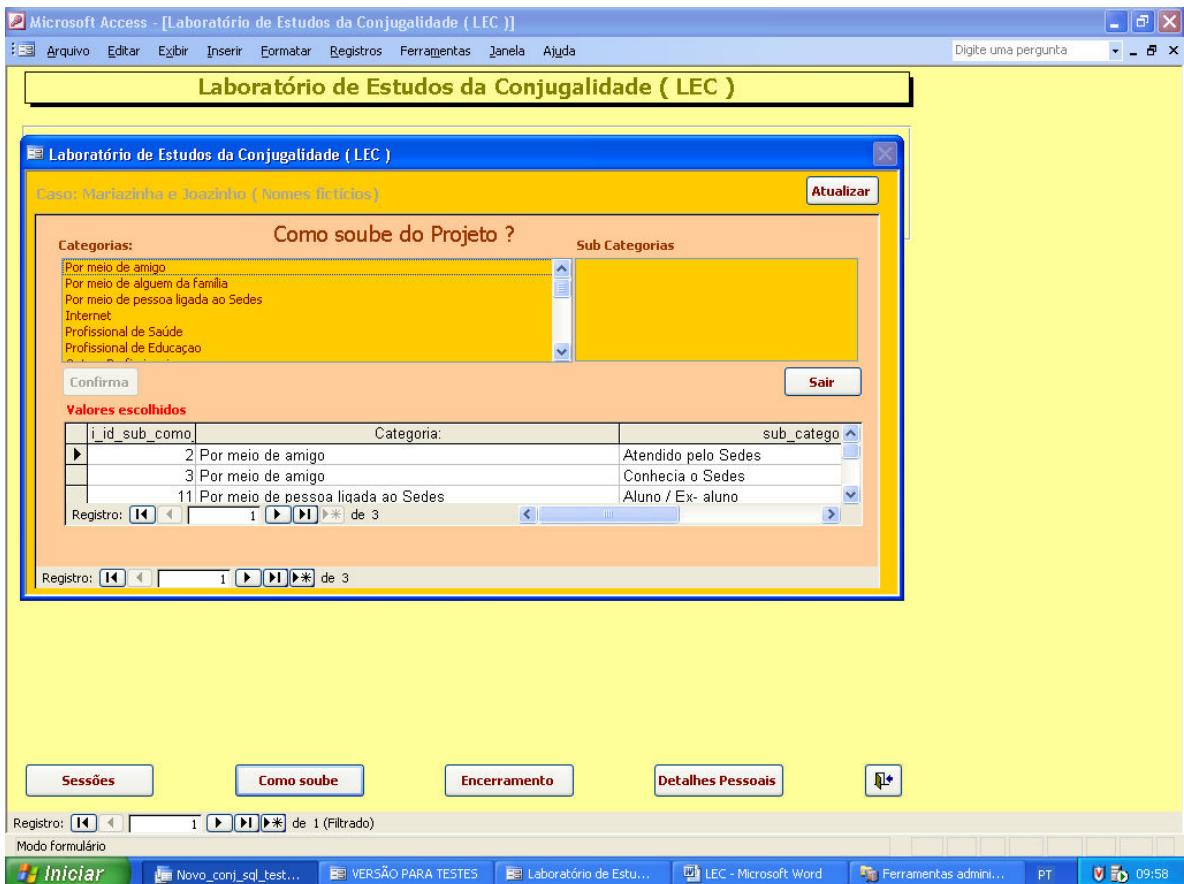
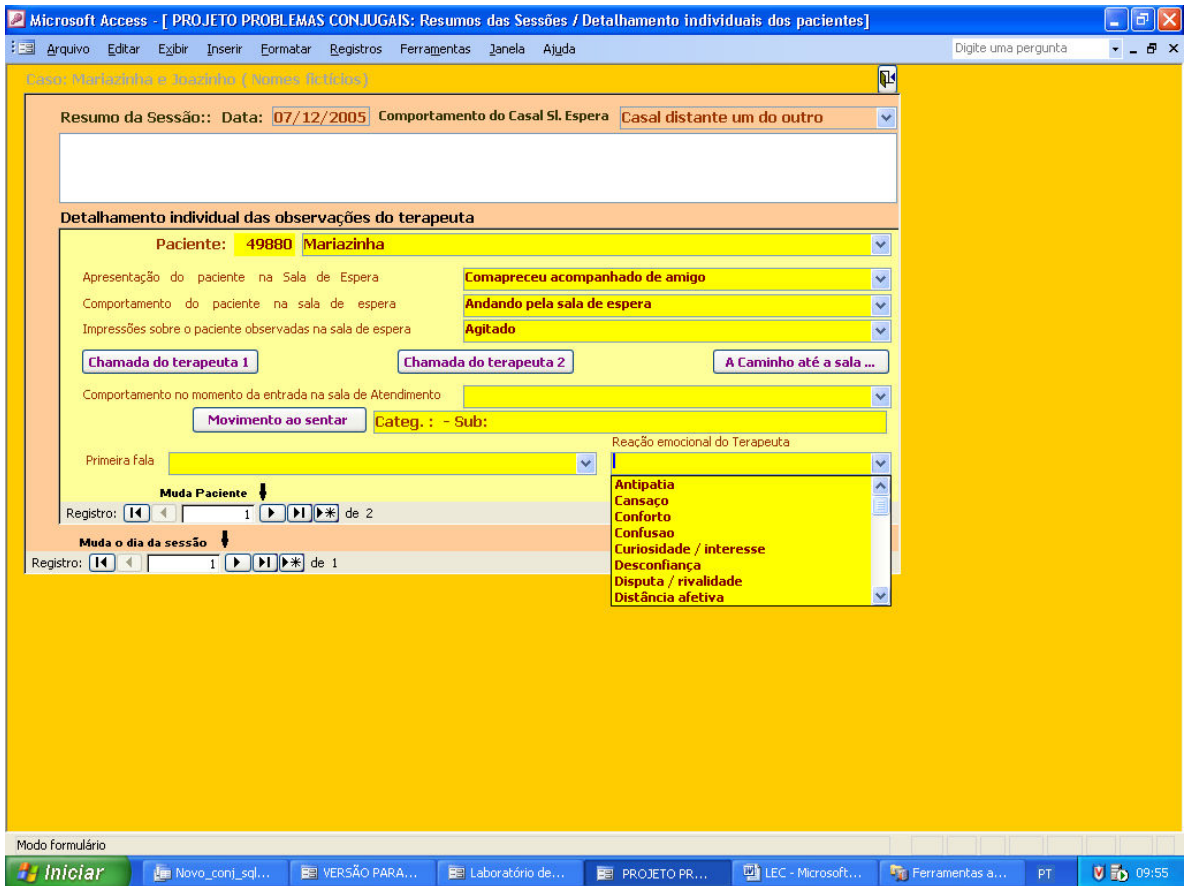
Modo formulário

Iniciar 4 Microsoft Office A... Microsoft Word - Doc... 09:37









Microsoft Access - [Laboratório de Estudos da Conjugalidade (LEC)]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

Laboratório de Estudos da Conjugalidade (LEC)

Caso: Mariazinha e Joazinho (Nomes fictícios) 144

Desfecho:

Tempo de relacionamento: Anos Filhos comuns: Detalhes: Data do Início:

Encerramento

Terapeuta: Motivo:

Relatório de encerrame

- Abandono/desistência do tratamento
- Aluno terapeuta abandonou o curso
- Aluno terapeuta trancou matrícula
- Arquivo morto - retorno
- Desligado pelo setor - com pendência
- Dificuldade de acesso ao local
- Dificuldade econômica
- Encaminhamento interno para outro local da Clínica

Sessões Como soube Encerramento Detalhes Pessoais

Registro: 1 de 1 (Filtrado)

Modo formulário

Iniciar Novo_conj_sq_test... VERSÃO PARA TESTES Laboratório de Estu... LEC - Microsoft Word Ferramentas admini... PT 09:58

Microsoft Access - [Laboratório de Estudos da Conjugalidade (LEC)]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

Laboratório de Estudos da Conjugalidade (LEC)

Caso: Mariazinha e Joazinho (Nomes fictícios) 144

Desfecho:

Tempo de relacionamento: Anos Filhos comuns: Detalhes: Data do Início:

Informações Pessoais

49880 Mariazinha Idade: Anos Procura Direta?

Como mora

Histórico conjugal anterior

Como Veio Encaminhamento de outro setor da Clínica

Anotações Gerais

Registro: 1 de 2

Sessões Como soube Encerramento Detalhes Pessoais

Registro: 1 de 1 (Filtrado)

Modo formulário

Iniciar Novo_conj_sq_test... VERSÃO PARA TESTES Laboratório de Estu... LEC - Microsoft Word Ferramentas admini... PT 09:59

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)