

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**JABER ALI YOUNES**

**Psicoterapia Breve Operacionalizada na crise adaptativa  
por perda: um estudo exploratório**

SÃO PAULO  
2011

**JABER ALI YOUNES**

**Psicoterapia Breve Operacionalizada na crise adaptativa  
por perda: um estudo exploratório**

**(versão corrigida)**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos  
para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Área de concentração:** Psicologia Clínica  
**Orientadora:** Profa. Dra. Kayoko Yamamoto

SÃO PAULO  
2011

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  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Younes, Jaber Ali.

Psicoterapia breve operacionalizada na crise adaptativa por perda: um estudo exploratório / Jaber Ali Younes; orientadora Kayoko Yamamoto. -- São Paulo, 2011.

63 f.

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

1. Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) 2. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) 3. Intervenção na crise 4. Prevenção I. Título.

RC489.B8

Nome: Younes, Jaber Ali

Título: Psicoterapia Breve Operacionalizada na crise por perda: um estudo exploratório.

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

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

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

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

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

Profa. Dra.: \_\_\_\_\_

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

**Dedico este trabalho à minha filha Maria Luiza, que trouxe tanta alegria;**

**À minha esposa Katia, pelo amor e suporte durante a caminhada,**

**À minha mãe, Zenab, pelo amor incondicional.**

## **AGRADECIMENTOS**

**À minha orientadora Kayoko Yamamoto, por ter me acolhido como seu orientando, pelo carinho, paciência e sabedoria por todo o percurso.**

**À professora Ivonise Fernandes da Motta, pelas palavras acolhedoras e transformadoras, desde o meu ingresso no Programa de Mestrado.**

**À professora Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha, por ter despertado em mim o interesse pela psicoterapia breve e participado de minha formação profissional, que tanto me orgulha.**

**Ao querido casal Maurício e Iolanda pela amizade e apoio durante o caminho;**

**Às psicólogas Márcia Aparecida Isaco de Souza e Maria Aparecida Mazzante Colacique, do Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP, pelo apoio durante a coleta de dados;**

**Ao CNPq/CAPES, pelo apoio para realização desta pesquisa;**

**E principalmente aos pacientes que participaram deste trabalho, minha eterna gratidão.**

**É por essas perspectivas que vejo a “psicoterapia breve”:  
a necessidade no encontro assinala o tempo e a  
profundidade do tema a ser tratado. O terapêutico é o  
encontro humano, nem breve, nem longo – do tamanho da  
necessidade. (Safra, 2000)**

## RESUMO

YOUNES, J. A. (2011). *Psicoterapia Breve Operacionalizada na Crise Adaptativa por Perda: um Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta pesquisa tem por objetivo o estudo de alguns aspectos metodológicos da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) em pacientes em situação de crise adaptativa por perda. A pesquisa foi realizada a partir de uma metodologia qualitativa clínica, e participaram deste estudo seis pacientes que procuraram a Clínica Psicológica Durval Marcondes – IPUSP e que preencheram os requisitos pretendidos para o estudo. Instrumentos: Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO e Psicoterapia Breve Operacionalizada – PBO. Observou-se que a PBO ofereceu contribuições importantes para a solução das crises. Quanto aos aspectos metodológicos, foi verificado que tanto as interpretações teorizadas como as intervenções suportivas se mostraram eficientes para a adoção de soluções mais adequadas. Analisando os resultados das entrevistas de acompanhamento nesta pesquisa, tem-se que a manutenção dos ganhos por meio da PBO foi observada em todos os casos atendidos, de diferentes formas, a saber: aceitação de perdas; evitação do deterioramento do nível adaptativo e enfrentamento de problemas buscando uma postura mais adequada.

Palavras-chave: Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), Intervenção na crise, Prevenção.

## **ABSTRACT**

Younes, J.A. (2011). *Operational Brief Psychotherapy in Adaptative Crisis by Loss: An Exploratory Study*. Dissertation (Master). Department of Clinical Psychology, São Paulo University, São Paulo.

This research aims to study some methodological aspects of Operational Brief Psychotherapy (PBO) in patients in adaptative crisis by loss. The survey was conducted from a clinic qualitative methodology and six patients, who went to the Psychological Clinic Durval Marcondes – IPUSP - and met the desired requirements for the study, participated in it. Research instruments: Operationalized Adaptive Diagnostic Scale - EDAO and Operational Brief Psychotherapy - PBO. It was observed that PBO has offered important contributions to the solution of the crisis. Regarding methodological aspects, it was verified that both theorized interpretations and supportive interventions were efficient to help patients to choose more appropriate solutions. The results of follow-up interviews in this research shows that the maintenance of gains through PBO was found in all cases treated in different ways, namely: acceptance of loss, avoidance of deterioration in the adaptative level, the ability of facing problems with a proper posture.

**Keywords:** Operational Brief Psychotherapy (PBO), Operationalized Adaptive Diagnostic Scale (EDAO), Crisis intervention, Prevention.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO I – Características gerais dos participantes da pesquisa	37
QUADRO II – Diagnóstico adaptativo inicial e final	42
QUADRO III – Eficácia adaptativa pré e pós PBO e local da situação-problema	42
QUADRO IV – Diagnóstico adaptativo final e entrevista de acompanhamento	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**A-R:** Afetivo Relacional

**EDAO:** Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada

**Or:** Orgânico

**Pr:** Produtividade

**PBO:** Psicoterapia Breve Operacionalizada

**S-C:** Sócio Cultural

**S-P:** Situação-problema

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.2 Crise Adaptativa	13
1.1.2 Trauma	16
1.2 Teoria da Crise	18
1.3 Psicologia Clínica Preventiva e Teoria da Adaptação	19
1.4 Intervenções em crise	20
1.5 Intervenções em PBO	26
1.6 Entrevista de acompanhamento	27
Objetivo	28
Objetivos específicos	28
<b>2 MATERIAL E MÉTODO</b>	<b>29</b>
2.1 Participantes	30
2.2 Ambiente	30
2.3 Instrumentos	30
2.3.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)	30
2.3.2 Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)	32
2.3.2.1 Interpretação Teorizada	34
2.4 Procedimento	35
2.5 Aspectos éticos gerais	36
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>37</b>
3.1 Caso 1 – Dalva	38
3.2 Caso 2 – Cleide	38
3.3 Caso 3 – Gisele	39
3.4 Caso 4 – Doriana	40
3.5 Caso 5 – Vanda	40
3.6 Caso 6 - Renata	41
<b>4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A</b>	<b>63</b>

*“Tenho me sentido estranha, a morte de minhas sobrinhas mexeu comigo... tenho medo de ficar sozinha, medo da velhice, medo de sair sozinha...”*

Dalva<sup>1</sup>

## **1 INTRODUÇÃO**

O interesse pela Psicoterapia Breve vem desde a graduação, fomentado pela apresentação de diversos autores e precursores da abordagem. Assim, buscou-se aprofundar a pesquisa sobre o tema, com a participação às aulas da Profa. Dra. Kayoko Yamamoto sobre a disciplina “Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)”, no curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP. A partir dessas aulas, foi possível fazer parte do grupo de pesquisa que investiga a eficiência da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO). Neste mesmo grupo, junto com alguns colegas, estudamos algumas questões relacionadas a crises adaptativas, com base no referencial teórico da Psicologia Clínica Preventiva, Teoria da Adaptação e da PBO, começando pela confecção de um artigo, intitulado “PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA E CRISE POR EXPECTATIVA DE PERDA: UM ESTUDO DE CASO” (Younes, Lessa, Yamamoto, Coniaric & Ditzz, 2010). Foi um longo processo de gestação deste artigo, mas também muito inquietador. Deste modo, brotou a ideia de aprofundar mais a questão sobre PBO e crise, com a proposição de um projeto de Dissertação de Mestrado.

Esta proposta de estudo se justifica diante de alguns fatores. Em primeiro lugar, por que a psicoterapia breve é considerada o tratamento mais indicado em situações de crise (Simon, 2005). Além disso, trata-se de uma prática adequada à realidade brasileira, levando-se em conta que uma pessoa muitas vezes deseja resolver problemas atuais, sem grandes mudanças em sua estrutura da personalidade. Neste sentido, Rabelo e Santos (2006) acrescentam que, em muitas situações, o modelo tradicional da psicoterapia clássica não é útil para determinadas pessoas, já que procuram atenção psicológica somente no momento de crise e depois são capazes de retomar sua vida a partir da ajuda recebida. Muitas destas pessoas não têm interesse na análise profunda de sua personalidade e muito menos possuem recursos

---

<sup>1</sup> As epígrafes constantes durante o trabalho são recortes das entrevistas realizadas para a pesquisa. Os nomes são fictícios, para preservação do sigilo e confidencialidade.

financeiros para manter um tratamento desta natureza. Conforme Dutra (2004), a prática clínica em Psicologia tem espaço na medida em que o sofrimento do sujeito traz uma demanda, mas não necessariamente quando se aloja uma patologia. A autora completa sua linha de pensamento, afirmando que a prática da Psicologia Clínica não deve ficar restrita ao consultório particular, a um determinado número de pessoas, a uma classe econômica, a uma determinada técnica utilizada e muito menos a uma patologia diagnosticada.

Pensando nisso, nesta pesquisa, além das argumentações acima, optou-se pelo uso da Psicoterapia Breve Operacionalizada na crise adaptativa por perda, por ser fundamentada na teoria psicanalítica, derivar da Teoria da Adaptação, nortear-se pela Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), além de ter um caráter fortemente clínico-preventivo. Voltada para o atendimento de adultos, não há critério de seleção de pacientes para a sua aplicação, com exceção daqueles que estejam buscando o autoconhecimento profundo - intuito de uma análise - ou mudanças nos traços de personalidade - objetivo da psicoterapia psicanalítica. A duração da PBO – de no máximo 12 sessões – atende as necessidades das pessoas na vida contemporânea.

Simon e Yamamoto (2009) chamam a atenção para a demanda crescente por atendimento psicológico, pois, atualmente, os convênios médicos têm utilizado os recursos das técnicas psicoterápicas breves diante do desafio de prestar assistência a um número maior de pessoas que necessitam de atendimento em saúde mental. Com esse aumento de demanda por atendimento psicológico, há de se pensar na responsabilidade social e a habilidade necessária para manejo técnico da profissão, aprendida desde a formação. Peres, Santos e Coelho (2003; 2004) afirmam que as Clínicas-Escolas de Psicologia, por meio da teoria e prática oferecida aos alunos, colaboram para a formação de profissionais preparados para expandir práticas psicológicas, de acordo com o cenário social, econômico, político e cultural de nossa sociedade. Na mesma linha, Simon (2005) destaca a importância da questão da formação do terapeuta no atendimento à pacientes por meio da PBO. A avaliação da correção (ou não) do julgamento do paciente acerca da crise instalada é feita pelo terapeuta. Diante disso, o autor aponta a necessidade do profissional se submeter a uma análise, para redução e compreensão de pontos contratransferenciais, principalmente nos primeiros anos de formação; ademais, é necessário que o profissional recorra – não só no início de carreira, mas sempre que necessário – a uma supervisão de um profissional mais experiente, com o intuito de ampliar a percepção do terapeuta acerca da situação apresentada pelo paciente.

O autor conclui:

*Acresce que o estudo da teoria psicanalítica, da teoria da evolução da adaptação, e da técnica da psicoterapia breve operacionalizada suprem o terapeuta de um arsenal de conhecimentos que auxiliam a correlacionar os dados fornecidos pelo paciente, concatenando-os de uma forma coerente. Por último, não estando tão envolvido na situação de crise quanto o paciente, a distância afetiva do terapeuta favorece uma relativa objetividade do juízo (p.148).*

A escolha nesta pesquisa pelo atendimento a pacientes em crise por perda decorre da maior incidência destes casos em relação aos de crise por aquisição, conforme registros na Clínica Durval Marcondes – IPUSP, segundo comunicação oral das psicólogas do Departamento de Psicologia Clínica. Diante desta situação, optamos por um estudo exploratório de casos de crise por perda. Para confirmar esse dado, durante a pesquisa, observou-se que casos de crise por aquisição não foram encontrados.

Os participantes da pesquisa são na sua totalidade adultos do sexo feminino. No caso desta pesquisa, foi um fato aleatório, já que o critério para a seleção de participantes era relacionado à vivência de crise adaptativa. Entretanto, esta coincidência se coaduna com o fato de mulheres cuidarem mais de sua saúde, física e mental, do que homens (Bellodi, 2007; Camargos & Nascimento, 2009). Rocha (2002) observou em seu estudo com participantes de um grupo de terceira idade a predominância de pessoas do sexo feminino.

A relevância científica deste estudo decorre da possibilidade de contribuir para o estudo da eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada em situações de crise adaptativa.

## **1.1 Crise Adaptativa**

Em qualquer momento da vida, uma pessoa pode se deparar com situações geradoras de intenso sofrimento psíquico. Uma morte em família, a perda de emprego, ascensão profissional, separação de casais, uma doença, uma mudança de cidade, por exemplo, podem ser fatores de desorganização e geradores de crise. Segundo Moreno, Peñacoba, Gozalez-Gutierrez & Ardoy, 2003; Sánchez e Amor, 2005 (citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008), a palavra “crise” é oriunda do grego *krisis*, que significa “decisão”, e tem origem do verbo *krino*, que quer dizer “eu decido, separo, julgo”.

A partir de seus estudos sobre sobreviventes e familiares afetados por um incêndio de grandes proporções, Lindemann (1944) procurou sistematizar o conceito de crise, ao procurar estabelecer distinções sintomatológicas entre o que chamou de luto normal e luto patológico. Definiu crise como um distúrbio violento e muitas vezes prolongado, que pode acontecer

como produto de um risco emocional. Caplan (1980) traçou o processo pela qual passa o indivíduo que se põe frente a frente com uma situação problemática, separando em quatro fases:

1 - elevação inicial de estímulo que coloca em ação o repertório de respostas habituais do sujeito;

2 - aumento do estado de tensão pela falta de eficácia destas respostas e pela manutenção do estímulo;

3 - mobilização de esforços e reservas de energias, podendo chegar à resolução da situação;

4 - resignação à insatisfação, pela persistência da situação problemática ou uso de distorções perceptivas.

Segundo o autor, a tensão gerada pela situação problemática, na quarta fase, pode levar ao ponto de ruptura, que corresponde à situação de crise propriamente dita.

O termo crise, de forma geral, pode ser definido como uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio, fase difícil, grave, na evolução das coisas, dos fatos, das idéias, ou mesmo um ponto de transição entre dois momentos (Ferreira, 1984). Para que uma situação traga crise, mais significativo que o trauma sofrido pela pessoa, é o inesperado desta nova situação exigida. O paciente percebe o episódio como algo irreal, pois até então não havia visto nada assim como algo concebível em suas fantasias de futuro (Moffatt, 1982). Fiorini (1983) entende que o paciente em crise apresenta um alto nível de ansiedade, dificuldade para pensar, falta de discernimento sobre problemas, mudanças na auto-estima, distúrbios nas relações com os outros, inadequações na produtividade pessoal e falta de um projeto positivo de futuro, que, conjugados e potencializados criam uma sucessão de efeitos negativos. Torres (2004) define crise como um estado de desordem emocional quando alguém se percebe incapacitado de resolver, com os recursos que costumeiramente utiliza, as situações que afetam emocionalmente.

Kahtuni (1996), apoiando-se em Erikson (1959), refere dois tipos de crise. O primeiro é a crise de desenvolvimento, ligadas a etapas previstas do desenvolvimento da personalidade e que compõe o ciclo de vida do ser humano. Já a crise circunstancial é determinada por situações inesperadas e imprevisíveis como o falecimento de um ente querido, doenças, procedimentos cirúrgicos, perda de emprego, mudança de cidade etc. Entre nós, Hegenberg (2004) entende por crise uma interrupção do equilíbrio, um corte na subjetividade, uma ruptura no sentido de vida.

Simon (1989), em sua Teoria da Crise adaptativa, nos diz que a crise abala o equilíbrio adaptativo, em função de redução ou aumento significativo do espaço no universo pessoal do paciente, e classifica crise de acordo com sua etiologia: por perda ou ameaça de perda, e por ganho ou expectativa de ganho. O autor acrescenta que, diante de intensas pressões emocionais desencadeadas pelas situações críticas, há risco de prejuízos para o universo pessoal do paciente, quando este não encontra solução para situações imprevistas que surgem no decorrer da vida. Com efeito, existe o risco de adoção de soluções pouco ou pouquíssimo adequadas, com o intuito de se ver livre destas pressões emocionais. Desta forma, a abertura para intervenção preventiva fica mais evidente e importante, para evitação do agravamento da crise.

Segundo Wainrib e Bloch (2000, citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008) vivenciar uma crise é uma experiência normal da vida, que reflete as oscilações do indivíduo na tentativa de buscar um equilíbrio entre si mesmo e seu entorno. Quando este equilíbrio é rompido, está instaurada a crise, que é uma manifestação violenta e repentina de ruptura de equilíbrio. Esta alteração homeostática, gerada por um fracasso na resolução de problemas causa sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico. O estado de crise é demarcado no tempo, frequentemente se manifestando por um evento deflagrador, e sua resolução final depende de características como a gravidade da situação e dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada.

O curso de uma crise deve ser compreendido não somente como algo negativo, mas como algo que pode ser positivo. Souza (2005) comenta que, na escrita chinesa, a palavra crise é formada utilizando-se dois ideogramas, constituído por duas figuras: uma significando “perigo” e outra “oportunidade”, isto é, um ponto de transformação. Desta forma, Liria e Veja (2002, citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008) afirmam que o desfecho de uma crise pode abalar a saúde mental ou ser um início de transformações que permitam um funcionamento melhor que o anterior ao desencadeamento da crise. Logo, quando a crise tem uma resolução positiva, pode ajudar no desenvolvimento da pessoa; caso contrário, pode se transformar em um risco, tornando maior a vulnerabilidade para transtornos mentais. Pode-se entender a crise como uma reação frente a uma situação de perigo, capaz de ameaçar a integridade do indivíduo, que pode mostrar sinais e sintomas clínicos como consequência da crise, necessitando de alguma intervenção para sua resolução. Muitos podem ser os fatores deflagradores da crise. Entretanto, não apenas os eventos em si é que precipitam o processo. Ele pode ser consequência do significado que o indivíduo possa dar aos fatos, no que diz respeito ao sentimento de ameaça ou prejuízo para si, assim como da estimativa dos recursos

disponíveis para o necessário enfrentamento da situação. Logo, é necessário buscar compreender a percepção do indivíduo frente à situação, e não só a gravidade do mesmo, por si só.

Quando o momento de crise termina de forma adaptativa, surgem três possibilidades: a de dominar a situação atual, a de elaborar conflitos passados e de assimilar estratégias para o futuro (Torres, 2004). Concordando com a compreensão de que a crise pode surgir como uma oportunidade positiva, Erikson (1971) já a conceituava como um ponto crítico necessário ao desenvolvimento, capaz de levar a pessoa a tomar um rumo ou outro, de modo a dirigir seus recursos para o próprio crescimento, recuperação e maior diferenciação.

Existem pessoas que são resilientes, ou seja, tem a capacidade de resistir emocionalmente frente a eventos traumáticos. Desta forma, conseguem manter um equilíbrio estável sem que tenham seu rendimento global afetado quando em situações de crise. Poseck, Baquero e Gimenez (2006, citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008) dizem que a diferença das pessoas que se reabilitam de forma natural de um período disfuncional se encontra no fato de que os indivíduos resilientes não passam por este período, pois permanecem em níveis funcionais mesmo passando por uma experiência traumática.

### 1.1.2 Trauma

A seguir serão apresentadas algumas noções do conceito de trauma e traumatismo, como forma de ilustrar a interação entre o conceito de crise e trauma. Não será apresentado de forma sistemática e detalhado, visto que este não é o objetivo do presente estudo.

Segundo Laplanche (2004), a psicanálise analisa os termos “trauma” e “traumatismo” no plano psíquico, a partir de definições da medicina e de três significações implicadas: a de choque violento, de efração e de consequências sobre o conjunto da organização. O autor define trauma ou traumatismo (psíquico) como:

*Acontecimento da vida do sujeito que se define pela intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.*

*Em termos econômicos, traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações. (p.522)*

Segundo Wainrib & Bloch (2000, citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008), a palavra trauma vem do grego τραύμα, que significa ferida e deriva de διατρύπώ que quer

dizer furar, ferida com efração. Traumatismo significa as conseqüências no organismo de uma lesão resultante de uma violência externa. Um evento traumático é algo especificamente destrutivo na vida de um indivíduo, família ou comunidade afetada. De natureza única e imprevisível, afeta mais do que vítimas imediatas, podendo acontecer em qualquer tempo ou lugar. Pode ser entendido como um forte abalo emocional ou moral, uma desorganização mental, choque ou transtorno de onde se desenvolveu ou se pode desenvolver um quadro psicopatológico; ou seja, trauma é uma ferida. É sem dúvida um acontecimento na vida do sujeito que pode ser definido por sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra a pessoa de se reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno que causa e pelos efeitos duradouros que provoca. Nesta concepção, as autoras propõem um conceito de crise geral, em que a crise é concebida como algo universal e o trauma como algo particular. A forma como o indivíduo reagirá será em função da interação dele com o evento e o ambiente.

Eventualmente, após uma situação traumática, alguns indivíduos continuam com um nível funcional adequado durante a fase pós-impacto, mas podem ficar cicatrizes emocionais que venham mudar seu nível de funcionamento ou sua qualidade de vida, inclusive por muitos anos depois do evento. Em algumas circunstâncias essas lembranças parecerão normais, porém em outras, poderão desenvolver condutas evitativas e até mesmo transtornos sérios. Esses indivíduos, tentando minorar o trauma, poderão recorrer ao álcool ou a outras drogas (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Lemgruber (1995), referindo-se as conseqüências do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), enfatiza que problemas crônicos, efeito da violência nas grandes cidades, podem causar invalidez ou incapacitação a um número muito maior de pessoas do que em qualquer guerra ou catástrofe natural. Seguindo um raciocínio na linha preventiva, a autora ressalta que a péssima qualidade de vida das megalópoles predispõe a um aumento de incidência de problemas mentais na população em geral.

Sterian (2000) ressalta que o que abre a possibilidade de que um certo tipo de evento se torne traumático na vida de uma pessoa não é apenas a intensidade ou eficácia patogênica do fator externo ao qual ele será subordinado. Esse evento deve ocorrer em um momento inesperado pelo indivíduo e encontrar inserção em uma organização psíquica que já tenha seus pontos de ruptura. Logo, o traumatismo ocorre se o fator traumático externo encontra repercussão em algo que já se encontra no sujeito, algo que funcione como fonte de excitação interna. Este ponto de efração preexistente seria resignificado pelo acontecimento atual.

## 1.2 Teoria da crise

A partir de sua Teoria da Adaptação, Simon (1989) classifica **crise** de acordo com sua etiologia: por perda ou ameaça de perda, e por ganho ou expectativa de ganho. Esta crise abala o equilíbrio adaptativo, em função de redução ou aumento significativo do espaço no universo pessoal do paciente. O autor, associando sua teoria com significados psicodinâmicos, afirmou:

*Igualando os fatores de crise às pressões internas ou externas extremas, supomos que os sentimentos de intensa angústia, às vezes de pânico, que assaltam o sujeito em crise, não seriam devidos apenas à falta de solução para o novo, mas à projeção e identificação do novo com fantásticas ameaças provocadas pelas figuras aterrorizantes das camadas do inconsciente que emergem nestes estados de extrema tensão emocional (Simon, 1989, p.60).*

Conforme a classificação da crise verifica-se sentimentos predominantes, o que determina procedimentos preventivos específicos a cada tipo de crise:

- crises por perda significativa ou ameaça de perda - diante de fortes sentimentos predominantes de depressão e culpa, há risco de auto-agressão, auto-mutilação, suicídio, projeção da culpa em outrem. Alguns exemplos destas situações: separações conjugais, violência sexual, doenças graves, desastres, inundações, incêndios, comunidades residentes em áreas de risco, perda de pessoas emocionalmente significativas devido à violência urbana.

Objetivo Preventivo: *“aceitar a perda, reinteressar-se p/ universo pessoal e lidar com sentimentos predominantes”* (p.62).

- crises por aquisição ou por expectativa de aquisição - diante de sentimentos predominantes como insegurança, inferioridade ou inadequação pode ocorrer abandono direto ou indireto do ganho no universo pessoal do paciente por não saber como lidar com determinada questão. Pacientes podem admitir mais responsabilidade do que realmente são capazes de assumir, o que pode ocasionar problemas de ordem psicossomática como depressão, problemas relacionados à obesidade, úlcera, tendinite, além de outras situações incapacitantes. Dois exemplos podem ser a promoção no emprego, ou uma gravidez (mesmo que desejada).

Objetivo Preventivo: *“aceitar (ou renunciar) o ganho realisticamente e lidar com os sentimentos predominantes”* (p. 62).

No caso de adoção de soluções inadequadas, situações como as acima mencionadas podem causar diminuição da eficácia adaptativa. O intuito da prevenção é justamente evitar essa diminuição da eficácia adaptativa, ou seja, evitar que um sujeito com classificação adaptativa grupo 3 (adaptação ineficaz moderada), por exemplo, atinja, por falta de ajuda, o grupo 4 (adaptação ineficaz severa), ou 5 (adaptação ineficaz grave)<sup>2</sup>.

### 1.3 Psicologia Clínica Preventiva e Teoria da Adaptação

A Psicologia Clínica Preventiva vem se desenvolvendo no campo da pesquisa e prática para, cada vez mais, poder beneficiar a população como um todo, a partir da aplicação dos princípios preventivos quanto à instalação de conflitos emocionais, tratamento para os já existentes a fim de limitar seu agravamento e evitar possíveis sequelas incapacitantes, e reabilitação para prevenção de invalidez (Leavell & Clark, 1965).

Precursor no campo da Psicologia Clínica Preventiva, Simon (1989) traz inúmeros trabalhos e contribuições que viabilizam a prática da prevenção. Dentre eles, a formulação do conceito de *adaptação* que fundamenta a Teoria da Adaptação por ele desenvolvida. Este construto teórico afirma que todos os seres vivos – incluído os humanos – são seres que conquistaram algum grau de adaptação, por mínima que seja, compatível com a vida. Onde se conclui que, sem adaptação, não há vida. A teoria adaptativa traz ainda que a adaptação, a partir de critérios de *adequação*, pode ser avaliada como sendo eficaz ou ineficaz, esta subdividida em quatro categorias: leve, moderada, severa e grave. E que todo o comportamento pode ser compreendido e classificado conforme o referencial adaptativo, de acordo com as variações. Esta teoria deu origem aos dois instrumentos utilizados nesta pesquisa, a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO).

Desde que foram criados até os dias atuais, estes instrumentos têm sido utilizados e pesquisados em diversos trabalhos em Psicologia Clínica Preventiva e da Saúde. Algumas evidências empíricas podem ser observadas nos seguintes trabalhos: Yamamoto (1984, 1990, 1991, 1995, 1997, 2004b, 2006), Ulanin (1987), Heleno (1992); Rosa (1995a, 1995b) Romaro (1999); Alves (2001); Rossini (2001); Gebara (2003, 2009). Yamamoto (1990) refletiu sobre a técnica e aplicabilidade de um método de psicoterapia familiar baseado na prevenção. Oliveira (2001) verificou que pacientes com hipertensão essencial puderam ser beneficiados

---

<sup>2</sup> Estes conceitos teóricos do instrumento utilizado nesta pesquisa, a EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada), serão esclarecidos mais adiante, na seção 2.

com a prática da Psicoterapia Breve Operacionalizada. As alterações observadas nesses pacientes, após serem submetidos a essa modalidade terapêutica, foram, principalmente, em relação à flexibilização dos mecanismos de defesa e abrandamento na severidade do superego, constatadas a partir de uma melhor percepção de si próprio e um melhor contato com as pessoas mais próximas afetivamente. Alves (2001) oferece uma contribuição à Psicologia Clínica Preventiva com sua tese de doutorado em que investiga a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos – SP. Yoshida (1998) conclui que a EDAO é capaz de informar acerca da eficácia com que alguém reage às contingências a que está exposto, auxiliando na avaliação da mudança em psicoterapia breve. Rocha (2002) verificou que a EDAO é uma medida precisa e válida da eficácia adaptativa quando aplicada a pessoas idosas que frequentam atividades em grupos da terceira idade. Simon (2009) relata a possibilidade de organizar um programa de prevenção da insônia em bebês, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, utilizando a EDAO e a PBO como alguns dos instrumentos no processo.

#### **1.4 Intervenções em crise**

O progresso tecnológico, as transformações sócio-culturais, o poder humano de construção (e destruição), causam mudanças na vida de pessoas afetadas por situações de crise. Algumas destas conjunturas afetam seriamente o estado de equilíbrio de pessoas, famílias, ou mesmo de uma sociedade toda, provocando prejuízo de ordem humana e material, além de transformações situacionais traumáticas. Eventos diários de violência urbana, enchentes, incêndios, entre outros repercutem significativamente sobre a saúde mental da população, ameaçando a integridade física e psicológica (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Ao mesmo tempo, o avanço tecnológico trouxe maior produtividade para as empresas, mas também maior pressão por resultado sobre as pessoas, já que, graças à tecnologia, um número menor de trabalhadores – mais pressionados e sobrecarregados de funções - produzem cada vez mais. Não só o excesso de trabalho, mas questões como o consumismo, medo da solidão, conceito de felicidade, qualidade de vida, a complexidade das relações afetivo-relacionais, advindas deste cenário atual, revelam novos problemas e requerem novas soluções, nem sempre disponíveis para muita gente, precipitando crises emocionais. Nestas circunstâncias, a possibilidade de se intervir na crise contribui para a compreensão das reações emocionais, diminuição do sofrimento e prevenção da instalação de distúrbios psíquicos. Sá, Werlang e

Paranhos (2008) caracterizam a intervenção em crise como uma forma de auxílio para uma pessoa, uma família ou um grupo, no enfrentamento de situações traumáticas, abrandando os efeitos negativos, tais como danos físicos e psíquicos, fomentando a possibilidade do crescimento de novas habilidades de enfrentamento, reforçando a busca de opções e perspectivas de vida. A intervenção precoce de qualquer problema que envolva saúde mental é a maneira mais efetiva de prevenção em transtornos mais graves que frequentemente acometem as pessoas, após o evento traumático.

Malan (1979), Caplan (1980) e Gebara (2003) nos dizem que a psicoterapia breve é uma prática adequada para lidar com situações de crise, em que a pessoa, não tendo condições de lidar sozinha com os problemas que a afetam, encontra-se fragilizada e por isso, motivada para mudanças, oferecendo maiores possibilidades de intervenção. Diante disto, Malan (1979) e Sifneos (1989) defendem a importância do diagnóstico precoce e do tratamento imediato, com vistas a solucionar ou estacionar o curso de uma crise, tentando minorar o sofrimento ocasionado, e assim procurando evitar complicações futuras. Malan (1976) verificou que a tentativa de utilizar o processo psicoterápico breve concentrado no tratamento do paciente em crise possibilita conseguir efeito máximo das intervenções do terapeuta, por mais simples que elas sejam. Desta forma, a oportunidade de atender pacientes em crise é maior quando se dispõe de serviços de fácil acesso, na forma de clínicas - escola e cursos de especialização, com a possibilidade de serem atendidos em pouco tempo, e de acordo com a necessidade, iniciar um processo psicoterápico. A importância do pronto atendimento às pessoas em crise pode ser notado em casos de traumas psicológicos, como, por exemplo, a violência sexual contra a mulher. A mulher vítima de estupro deve ter atendimento rápido para cuidar da crise emocional decorrente, com uma atitude de apoio, respeitosa e sensível por parte do profissional que inicia o processo de atendimento à vítima (Faúndes, Rosas, Bedone & Orozco, 2006).

A seguir, serão apresentadas outras pesquisas recentes abordando intervenções em crise, com referenciais teóricos variados. Mishara, Chagnon, Daigle, Balan, Raymond, Marcoux, Bardon, Campbell e Berman (2007) fizeram um trabalho comparativo entre modelos de intervenção em crise por telefone, para prevenção de casos de suicídio. Foram monitorados 2611 telefonemas em 14 *Call Centers* para avaliação destas intervenções e seus modelos. Os pesquisadores observaram a importância de uma escuta acurada e de modelos colaborativos de resolução de problemas, além da necessidade do desenvolvimento de práticas padronizadas relacionadas ao processo de intervenção e aos resultados.

Phipps e Byrne (2003) investigaram a relação entre o potencial de intervenções e a reação ao trauma, em atendimentos de uma única sessão. Os autores ressaltam que a regra geral de "não prejudicar" deve ser observada pelos profissionais e voluntários que lidam com situações traumáticas. Os parâmetros de uma única sessão de intervenção e a habilidade dos voluntários são considerados na recomendação de um protocolo para intervenções. Foi proposto um quadro de orientação para as intervenções que enfatiza o apoio e estratégias de auto-ajuda.

Aun, Morato, Noguchi e Nunes (2006) apresentam uma compreensão do conceito de transgressão, à luz da escola fenomenológica existencial, pautando-se em uma intervenção psicológica para acolhimento do sofrimento humano em situações de crise, a partir de um serviço de plantão psicológico realizado com adolescentes internos da antiga FEBEM – atual Fundação CASA. Os autores propõem uma ação clínica voltada para que o adolescente se aproprie de sua história, projetando-se a outras possibilidades de ser: cuidar de ser, responsabilizando-se por si. Concluíram que transgressão pode ter outro significado, além do objetivo (descumprimento da lei social): ir além, buscar modos não instituídos de poder ser, desvelando, concomitantemente, uma prática clínica para além da fronteira tradicional.

Forthun, McCombie e Freado (2006) realizaram um estudo que explora os efeitos de um método interventivo denominado Intervenção em Crise no Espaço Vital (LCSI), na formação do pessoal escolar e nos alunos. Os resultados mostraram que educadores treinados pelo LCSI eram menos propensos a usar estratégias coercitivas em relação ao estudante, além da redução de encaminhamentos por mau comportamento. Foi observada melhoria na relação professor-aluno, com utilização de uma abordagem proativa para resolver os problemas dos estudantes. Os autores sugerem que funcionários de todos os departamentos da escola podem se beneficiar do LCSI como um meio para melhorar as interações, para redução de métodos coercitivos de disciplina e diminuir os encaminhamentos para a ação disciplinar.

Em outro estudo de intervenção em crise no meio escolar, Morrison (2007) investigou a validade social do Modelo de Gestão de Incidentes Críticos para Intervenção na Crise (CISM), em meio escolar. O objetivo deste estudo é examinar a validade do modelo para intervenção na crise escolar como percebida por psicólogos escolares e assistentes sociais da escola, treinados no modelo. Os resultados sugerem que o modelo CISM teve um efeito positivo na prestação de serviços, mas o treinamento em si não aborda adequadamente alguns aspectos como a adequação transcultural para aplicação nas escolas.

Furigo, Sampedro, Zanelato, Foloni, Ballalai e Ormrod (2008) abordam em seu estudo alguns aspectos pertinentes à implantação de um serviço de plantão psicológico, em uma

universidade paulista. Este serviço oferece, a todos que buscam, atenção psicológica em forma de pronto atendimento. Trata-se de um espaço de escuta, acolhimento e intervenção clínica perante situações de crise, que agiliza o tempo de reação e adesão à ajuda psicoterápica, já que este serviço recebe a pessoa no momento exato de sua necessidade. Neste local são feitos atendimentos psicológicos em caráter emergencial, destinados à comunidade, que recorre a ela espontaneamente, sem a necessidade de agendamento prévio. A partir da análise de resultados, inferiu-se que este projeto tem firmado seu espaço na comunidade assistida, à medida que os números apontam um fluxo significativo de atendimentos clínicos, variabilidade de queixas, faixas etárias diversificadas requerendo o serviço e resultados positivos das entrevistas de *follow-up*. Os autores destacam que o conhecimento advindo desta experiência tem contribuído para o desenvolvimento e consolidação desta modalidade de atendimento.

Freitas, Gir e Furegato (2002) relataram sua investigação acerca da sexualidade de sujeitos em crise portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). O estudo teve como objetivo identificar e analisar as dificuldades sexuais e suas inter-relações com as dificuldades sociais e emocionais vividas por eles. Os autores concluíram que os sujeitos em crise de HIV da pesquisa não conseguiram um nível positivo de adaptação sexual, social e emocional. Observaram que os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos participantes da pesquisa eram de caráter negativo. Aponta também para a necessidade de se repensar o papel do enfermeiro frente à intervenção de enfermagem.

Viana, Guimarães, Maia, Ramos e Mendes (2005) discorrem acerca de sua experiência com mães em crise num serviço de neonatologia, com o objetivo de oferecer apoio emocional aos casais que acompanhavam seus recém-nascidos numa unidade de neonatologia e adaptá-los ao contexto de internação hospitalar. A intervenção na crise foi executada individualmente e em grupo de mães. Os autores afirmam que, embora não tenha sido possível estudar qualquer correlação entre os benefícios sentidos pelos pais e possíveis benefícios evidenciados na evolução da saúde dos bebês, esta experiência sugere que os efeitos positivos são motivação suficiente para a manutenção do serviço.

Moraes (2005) buscou descrever formas de prevenção na doença arterial coronária e também identificar crises emocionais e fatores de risco associado ao estilo de vida. O estudo investigou o estilo de vida de homens e mulheres que possuem pelo menos um fator de risco para doença arterial coronária. Os resultados apontam que fatores de risco para instalação de doença arterial coronária apresentam correlação com conflitos emocionais. Situações de crise

emocional representam risco para instalação e evolução da doença arterial coronária, sendo necessária intervenção adequada.

Carvalho (2006) foi em busca da compreensão do impacto do trauma resultante da queimadura e do conseqüente processo de internação hospitalar. Verificou que, a partir do trauma da queimadura e da hospitalização, os familiares experienciam um período de crise circunstancial, com reflexo em seu estado físico e emocional, e que repercutem em seus relacionamentos. A autora ressalta a importância do acolhimento aos familiares que acompanham pacientes com queimaduras, com vistas ao fortalecimento e participação efetiva no cuidado ao hospitalizado. Esta disponibilidade dos familiares constitui estímulo importante para a continuidade do tratamento e diminuição do sofrimento físico e psicológico da pessoa que sofreu queimadura.

Fonseca (2006) relata a experiência acerca de uma oficina de trabalho chamada “Sobrevivendo à tempestade: lidando com sentimentos em situação de crise”, executada para fomentar a reflexão sobre posicionamentos e sentimentos dos profissionais frente à crise. O estudo refere a uma situação inédita vivenciada por um grupo de nutricionistas, responsáveis por um serviço de alimentação de uma instituição pública, em que após 20 anos de funcionamento foram descobertos casos de contaminação alimentar e conseqüente adoecimento de usuários. A autora avaliou a oficina como intervenção adequada para o enfrentamento da situação, tendo alcançado a finalidade e os objetivos traçados, diante de sua potencialidade para facilitar a vivência da crise.

Souza (2005), em um estudo sobre saúde da mulher, discute o aspecto emocional da menopausa. Apoiando-se em Erikson (1959), a abordagem escolhida pela autora refere a considerar a fase de menopausa como um momento de “crise do desenvolvimento”. A autora alerta que o papel da informação é fundamental neste processo. Observou-se que, durante a pesquisa, as mulheres lamentaram desconhecer as mudanças orgânicas e emocionais próprias deste período, alterações estas que podem ter um grande impacto na auto-estima das mulheres. Diante disso, propõe a formação de grupos informativos sobre a menopausa, para a veiculação deste conhecimento ao grande público.

Correa, Vizzotto e Cury (2007) observaram em seu estudo a necessidade de acompanhamento psicológico preventivo ante possível entrada em crise e de intervenções específicas para o momento de crise, no que diz respeito à eficácia adaptativa em homens e mulheres inseridos em programa de fertilização in vitro.

A Terapia Cognitiva tem sido uma técnica utilizada em larga escala em pacientes hospitalizados em situação de crise. Mazutti e Kitayama (2008) escreveram um artigo sobre o

alcance da Terapia Cognitiva em hospitais, analisando as técnicas e estratégia de intervenção em crise. As autoras fizeram algumas considerações sobre a técnica, caracterizada pela curta duração, focada no aqui e agora, com o objetivo de resolução do problema e flexibilidade de pensamentos e crenças, rápida melhora do humor, maior estabilidade emocional e uso de estratégia de enfrentamento mais adequada. Por meio de casos clínicos, as autoras defenderam a eficácia do modelo, tanto quanto a aplicabilidade quanto aos resultados obtidos. Dattilio e Freeman (2004) acrescentam que os objetivos imediatos das estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em crise estão em 3 níveis: avaliação da proximidade da situação de crise, avaliação do repertório de técnicas de enfrentamento do indivíduo para lidar com a crise e a produção de opções de pensamento, percepção e comportamento.

Rodriguez, Diaz, Niño, Samudio e Silva (2005) realizaram um estudo sobre crise avaliando a ocorrência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em adultos e adolescentes que se mudaram da terra natal. Os resultados mostraram que, embora as condições que envolvem uma mudança sejam um fator contribuinte para a crise, os eventos que acompanham o processo também são considerados deflagradores de Estresse Pós-Traumático.

Ferreira-Santos (1997) apresentou um modelo técnico e teórico de base psicodramática psicodinâmica de atendimento em psicoterapia breve. Em sua obra, discute as implicações metodológicas do psicodrama em psicoterapia breve, em situações de crise emocional.

Younes et al. (2010), em um estudo de caso com uma paciente em crise por expectativa de perda, verificaram a eficácia do arsenal teórico e técnico da PBO para sua interrupção.

Segundo Bellak e Small (1978), muitas pessoas procuram psicoterapia somente quando estão em crise. Uma vez passada a crise, a motivação para continuar uma exploração em profundidade diminui ou desaparece. Para o autor, é necessário que o psicoterapeuta seja responsável pela ajuda de pessoas, da forma mais eficiente possível, dentro dos limites de suas motivações e de sua disponibilidade para intervenções terapêuticas. É preciso ouvir o paciente, e oferecer aquilo que ele necessita. Neste sentido, Sifneos (1989, 1993) diz que o entendimento de uma crise emocional elucida os diferentes estados de formação dos sintomas psiquiátricos, o que permite a execução de medidas preventivas, ou seja, as intervenções psicoterápicas breves, às quais recorreremos para a interrupção de seu agravamento.

Sterian (2000) relata que, em sua experiência clínica, poucas vezes se deparou com verdadeiras urgências, em que a crise não podia esperar. Na maioria das vezes, trata-se de emergências que nos permitem uma avaliação e uma interpretação dos fatos, assim como dos recursos terapêuticos antes de intervir. Muitas crises, assim nomeadas pelos pacientes, se dissipam ou decrescem quando contida a angústia dos solicitantes.

Por outro lado, Simon e Yamamoto (2008) lembram que este tipo de intervenção pode contribuir na criação de soluções que possam transformar um momento de crise em possibilidade de crescimento da maturidade emocional. No que diz respeito à criação de soluções, Sakamoto (1990), em sua investigação acerca da correlação entre estado de crise emocional e capacidade criativa, conclui que quanto maior for a capacidade de um indivíduo de ampliar as fronteiras de sua consciência, maior será a possibilidade de utilizar sua capacidade criativa e sua condição de perceber e utilizar sua intuição. Sobre crise e ato criativo, Simon (1989) nos diz:

*O novo, porém, exige um ato criativo. É único, como cada experiência humana. A experiência é individual, intransferível e original. Estas diferenças não correspondem apenas a uma diversa concepção filosófica. Elas implicam diferentes atitudes pragmáticas diante do problema da crise. É típico do novo que ele não pode ser ensinado. (Falamos do novo no sentido de experiência humana) (p.58).*

Segundo Sterian (2000) é a partir da produção de um espaço criativo que se criam condições de ser dar conta do insuportável e do impossível.

## 1.5 Intervenções em PBO

Conforme Yamamoto (2004), as intervenções feitas pelo terapeuta na PBO envolvem elementos expressivos (interpretações teorizadas) e de apoio (intervenções suportivas). Neste sentido, Gabbard (1998) propõe o que ele chama de *continuum expressivo de apoio*:

*Ao invés de ver as psicoterapias expressivas e de apoio como duas modalidades distintas de tratamento, deveríamos, portanto, visualizar a psicoterapia como ocorrendo num continuum expressivo-de apoio, o que está mais de acordo com a realidade de prática clínica e da pesquisa empírica. Com certos pacientes, em certos pontos da terapia, a ênfase recairá mais nos elementos expressivos, ao passo que com outros pacientes, em outras ocasiões, a terapia exigirá mais atenção aos elementos de apoio (p. 55).*

De acordo com o *continuum* expressivo-de apoio, as intervenções feitas pelo psicoterapeuta podem ser classificadas em sete categorias, a saber:

- 1) **Interpretação:** implica em tornar consciente algo que estava anteriormente inconsciente, ou seja, uma afirmação hipotética que se liga a um sentimento, pensamento, comportamento ou sintoma a seu significado ou origem inconsciente.
- 2) **Confrontação:** intervenção voltada a algo que o paciente não aceita, evita ou minimiza, uma investigação voltada sobre supostas contradições na comunicação verbal e não verbal do paciente.

- 3) **Clarificação:** implica numa reformulação ou agrupamento da fala do paciente visando comunicar um cenário com mais coesão do que está sendo comunicado.
- 4) **Encorajamento a colaborar:** um pedido de informação sobre um assunto trazido pelo paciente. Exemplo: “Fale-me um pouco mais sobre isto”.
- 5) **Validação empática:** intervenção voltada a demonstrar uma sintonia empática com o paciente.
- 6) **Conselho e elogio:** prescrição e reforço direto de certas atividades. O conselho abarca sugestões diretas ao paciente, enquanto o elogio dá maior ênfase a certos comportamentos do paciente, sinalizando concordância.
- 7) **Afirmação:** intervenção que abrange breves comentários em apoio à comunicação verbal e não verbal do paciente.

No que diz respeito às intervenções suportivas, Novalis, Rojcewicz e Peele (1993) nos dizem que esta modalidade de intervenção é indicada em situações de crise, para oferecer compreensão e empatia, e deve ser realizada por clínicos treinados. Estas intervenções têm o objetivo de promover uma relação de apoio entre terapeuta e paciente, fortalecê-lo, fomentar o enfrentamento da situação e a capacidade de utilização dos recursos do ambiente, reduzir a angústia subjetiva, ajudar o paciente a atingir maiores graus de autonomia. Para Rockland (1989); Pinsker (1997), todo esforço é feito para reduzir ao mínimo a ansiedade e auxiliar na forma de lidar com a frustração no processo terapêutico. A base disso é a construção de uma aliança terapêutica caracterizada por entrosamento emocional, comunicação e respeito mútuo. Acrescentam ainda que medidas suportivas tem o objetivo de restabelecer e melhorar a autoestima, as funções do ego e habilidades adaptativas.

## 1.6 Entrevista de acompanhamento

A entrevista de acompanhamento, ou *follow-up*, representa uma alternativa para avaliação da evolução da adaptação dos pacientes após o término da psicoterapia. Quanto ao tempo passado do término da psicoterapia até a sua execução, há uma variação, de acordo com alguns autores. Yoshida, Primi e Pace (2003) mencionam em seu estudo a realização de entrevista de acompanhamento com média de três meses após o término; Simon e Yamamoto (2009) referem uma entrevista de acompanhamento feita após três meses do término; Cortez, Padovani e Williams (2005), em sua pesquisa envolvendo violência doméstica, realizaram

*follow-ups* em intervalos de 3, 6 e 12 meses. Em um estudo sobre mudança em psicoterapia breve psicodinâmica, Yoshida, Júnior, Silva, Junior, Sanches, Penteadó, Massei, Rocha & Enéas (2009) utilizaram a entrevista de acompanhamento em dois momentos, na primeira vez com 3 meses e na última com 6 meses após a psicoterapia. Desta forma, de acordo com o referencial de psicoterapia breve da presente pesquisa (Simon & Yamamoto, 2009), as entrevistas de acompanhamento foram realizadas tendo como base 3 meses após o término da PBO.

### **Objetivo**

Investigar alguns aspectos metodológicos da PBO quando aplicada a pacientes adultos em situação de crise adaptativa por perda.

### **Objetivos específicos**

- verificar a receptividade do paciente às interpretações teorizadas e/ou intervenções suportivas.
- averiguar a adequação das soluções ao término da PBO.
- Conhecer a adequação das soluções no período da entrevista de acompanhamento.

*“Sonhei que estava comprando um berço para o bebê... estou feliz esperando ele chegar... estou grávida, só que não está na minha barriga... é bom que eu não engordo, minha pressão não aumenta... meu marido também está todo bobo com a situação... mas estou tranqüila, não estou deslumbrada, estou só esperando... (...) como vou cuidar do bebê, será que vai sobrar tempo?... Tem horas que tenho medo, como vai ser o ano que vem... com o recesso de final de ano vou deixar a minha casa animada por dentro e por fora...”*

Cleide

## **2 MATERIAL E MÉTODO**

Este projeto situa-se no campo das pesquisas qualitativas da área de prevenção e saúde coletiva. Nesta perspectiva, Turato (2003) entende que a metodologia desta natureza de investigação deve ser capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, como construções humanas significativas. Diante disso, cabe associar esta idéia ao conceito de crise adaptativa preconizado por Simon (2005), quando refere à ruptura do equilíbrio adaptativo diante uma situação nova, e de vital importância para este indivíduo. Com efeito, há de se pensar em novas soluções para novos problemas, e estar em crise tem significado e intencionalidade próprio para cada indivíduo, no que diz respeito ao fenômeno. Martins e Bicudo (1998) realçam a importância de se determinar o conceito de fenômeno, objeto da pesquisa qualitativa e que pode ser entendido como aquilo que se manifesta, o que se mostra, isto é, o que é visível em si mesmo e que pode se revelar de várias formas, dependendo do acesso que se tem a ele. Neste sentido, um fenômeno só pode ser entendido em função da situação específica em que acontece e se mostra, abandonando a generalização, e buscando um entendimento singular daquilo que se observa, por meio de descrições individuais e interpretações subjetivas das experiências vividas pelo sujeito de pesquisa.

Desta forma, a relação entre pesquisador e sujeito pesquisado na pesquisa qualitativa em Psicologia Clínica se revela como fator importantíssimo para sua condução, em que se colocam questões acerca de aspectos subjetivos inerentes a essa relação, que devem ser observadas pelo pesquisador. Para Rey (2002), na pesquisa qualitativa, o sujeito de pesquisa não se apresenta como uma entidade objetiva, padronizada pelo tipo de resposta que deve dar,

mas observado em sua singularidade como responsável pela qualidade de sua expressão, relacionada com a qualidade de seu vínculo com o pesquisador. Desta forma, o pesquisador aparece como um dos principais instrumentos de pesquisa no tratamento dos dados, já que está incumbido de captar e interpretar as sutilezas do fenômeno estudado, atribuindo significados. Logo, na pesquisa qualitativa, o pesquisador não é mero observador, mas instrumento fundamental, pois participa ativamente da pesquisa.

## **2.1 Participantes**

Seis mulheres adultas em situação de crise por perda (ou expectativa) que procuraram o serviço de triagem da Clínica Psicológica “Durval Marcondes” – IPUSP.

## **2.2 Ambiente**

As seis pacientes selecionadas para participar desta pesquisa foram atendidas nas dependências da Clínica Psicológica “Durval Marcondes” – IPUSP, pelo autor da pesquisa, sem cobrança de honorários.

## **2.3 Instrumentos**

- Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)
- Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)

### **2.3.1 Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO)**

A EDAO foi criada por Simon (1989), nos idos da década de 70, quando coordenava o Setor de Saúde Mental do Serviço de Saúde dos Alunos, do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP. Tratava-se de uma escala diagnóstica criada, inicialmente, para apurar com brevidade a classificação adaptativa dos alunos, com vistas a organizar providências de caráter preventivo. Atualmente é utilizada para o planejamento e execução da PBO, além de outras aplicações na prática clínica.

A EDAO é um procedimento de avaliação qualitativa que utiliza a entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, por meio do qual se classifica as respostas do indivíduo quanto à eficácia adaptativa. O conceito central para esta avaliação é a *adaptação*,

operacionalizado em termos de graus de adequação das respostas do indivíduo às situações da vida. Para efetuar a classificação adaptativa, ou seja, o diagnóstico adaptativo, parte-se de três tipos de adequação das soluções que o sujeito adota para suas dificuldades e necessidades. A adequação é avaliada de acordo com três critérios: a) solução do problema; b) grau de satisfação com as soluções encontradas; e c) existência de conflito intrapsíquico ou ambiental a partir dessas soluções.

Com base nestes critérios, tem-se três tipos de soluções possíveis (quando atende ao requisito recebe um sinal positivo [+]):

**adequadas** (+++): a) resolvem o problema(+);  
 b) são satisfatórias (+);  
 c) não criam conflito intrapsíquico nem ambiental (+).

**pouco adequada** (++): a) resolvem o problema (+),mas são apenas  
 b) satisfatórias (+), porque  
 c) criam conflito.  
 Ou: b) não são satisfatórias, embora c) não criem conflito(+).

**Pouquíssimo adequadas** (+): a) resolvem o problema (+), mas,  
 b) sem satisfação, e  
 c) com conflito.

Esta avaliação é feita em relação às soluções nos quatro setores de adaptação em que o funcionamento do organismo é dividido:

**Afetivo relacional** – conjunto de repostas emocionais do indivíduo com respeito a si próprio e nas relações interpessoais;

**Produtividade** – conjunto das repostas face ao trabalho ou estudos;

**Orgânico** – estado do organismo como um todo, bem como a repostas referidas aos cuidados com o corpo e a aparência;

**Sócio cultural** – abrange as repostas com relação às instituições e aos valores e costumes da cultura que está inserido.

Simon (2005) nos ensina que, em sua experiência, o setor A-R tem maior influência na totalidade adaptativa, além de influenciar substancialmente na interação com os outros três setores. Este resultado ratifica o peso atribuído pela EDAO a este setor (Rocha, 2002; Mazzotti, 2007; Teixeira, 2008).

Cada um desses quatro setores da adaptação é avaliado pelo conjunto da adequação. A avaliação dos dois primeiros setores (afetivo relacional e produtividade) é quantificada, enquanto os dois últimos participam de forma apenas qualitativa, para que seja possível a classificação em um dos cinco grupos adaptativos, a saber:

Grupo 1 – adaptação eficaz

Grupo 2 – adaptação ineficaz leve

Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada

Grupo 4 – adaptação ineficaz severa

Grupo 5 – adaptação ineficaz grave

Neste estudo, a EDAO foi utilizada para avaliar a adequação das soluções adotadas pelos pacientes para solucionar a crise; e ainda, para verificar a eficácia da adaptação em que se encontram no início e no término do atendimento psicoterápico. A escala foi aplicada também após as entrevistas de acompanhamento.

### **2.3.2 Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO)**

O objetivo da PBO é proporcionar a compreensão dos fatores psicodinâmicos e adaptativos que subentendem as situações-problema que o paciente enfrenta no momento presente. Através das interpretações teorizadas e conjecturas adaptativas o paciente vai entrando em contato com a articulação entre seu mundo subjetivo e suas repercussões no mundo externo adquirindo clareza do encadeamento entre suas motivações inconscientes e seus reflexos na origem das situações-problema. (Simon & Yamamoto, 2009).

Segundo Yamamoto (2004), o surgimento da PBO se deu concomitante ao da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), instrumento diagnóstico clínico que fornece os dados essenciais para o planejamento e encaminhamento da PBO. Ela foi idealizada para ser o recurso terapêutico capaz de lidar com as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas que levam à ineficácia da adaptação crônica ou favorecem o aparecimento da crise adaptativa, visando convertê-las em soluções mais adequadas e, deste

modo, respectivamente, a uma adaptação mais eficaz e resolução favorável da crise. Yoshida (2001) compartilha visão semelhante no que diz respeito ao objetivo da psicoterapia breve: “Um padrão relacional mal adaptativo é o foco da psicoterapia breve, enquanto sua mudança para um mais adaptativo é seu objetivo” (p.43). Desta forma, em termos de manejo técnico em psicoterapia breve, com vistas à busca de mudança psíquica, Enéas (2000) segue na mesma perspectiva e aponta para a importância das condições da relação paciente-terapeuta, com o objetivo de localizar e priorizar os fatores curativos - como, por exemplo, a aliança terapêutica, com o intuito de atender adequadamente a uma demanda nesta modalidade.

Por meio da aplicação e análise da EDAO em grupos de supervisão para discussão diagnóstica, Simon (1996) se deu conta de sua aplicabilidade na estruturação de um planejamento de psicoterapia breve. Dentre os setores adaptativos já mencionados, reconheceu a posição central do setor afetivo-relacional (AR), e as interações deste com os outros três setores adaptativos. Este raciocínio clínico facilita o rastreamento das situações-problema e o ordenamento das prioridades no planejamento de uma psicoterapia breve.

Inicia-se a PBO com entrevistas psicológicas, em que se investiga a situação atual e a história pregressa do paciente. Neste período, a quantidade de entrevistas variará de acordo com a especificidade de cada caso, visto que quanto mais abrangente e mais aprofundada for a investigação inicial, maior será a possibilidade de circunscrever as **situações-problema** de forma clara. De acordo com Simon (1996), **situações-problema** são denominadas como “o conjunto de fatores ambientais, existentes no presente, interagindo com os fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deteriorização gradual da adaptação existente” (p.407). Busca-se abarcar os setores afetivo-relacional, produtividade, orgânico e sócio-cultural, com o intuito de verificar as adequações do sujeito no presente.

Existe a possibilidade de encontrarmos uma ou mais situações-problema. Havendo mais de uma, estarão localizadas em um ou em mais de um dos quatro setores adaptativos. Nos casos onde houver mais de uma situação-problema investiga-se, dentre elas, qual a situação-problema nuclear para o trabalho terapêutico. Situação problema nuclear é aquela a partir da qual derivam as outras situações-problema. Entretanto, em situações de crise, a situação problema é sempre a crise, ou seja, o evento deflagrador da situação traumática.

Nestas mesmas entrevistas procura-se acompanhar a evolução do sujeito desde a infância até o presente, conforme suas soluções e relacionamentos nos quatro setores adaptativos. O autor diz que a partir deste histórico é possível conjecturar a respeito da dinâmica inconsciente e a construção dos complexos inconscientes que influenciam, na

maioria das vezes, as soluções pouco ou pouquíssimo adequadas da atualidade. Em seguida, de posse das informações sobre a situação-problema, adequação atual e conjecturas psicodinâmicas, o psicoterapeuta determina previamente o número de sessões a serem trabalhadas com o paciente. Nos casos de crise, Simon (2005) recomenda o número máximo de doze sessões, com a frequência de uma vez por semana.

Segundo Simon (2005), a postura do psicoterapeuta é sempre diretiva para ajudar o paciente a compreender os significados emocionais contido na ou nas situações-problema, focando os esforços terapêuticos nelas. Dependendo da necessidade utilizam-se intervenções suportivas (Wolberg, 1967), como por exemplo, reassuramento e orientação. Busca-se, por meio de atitude respeitosa e cortês, estimular a transferência positiva; por outro lado, evita-se a transferência negativa, mas caso surja, é necessário que seja trabalhada em termos de situação real no “aqui-agora” com o terapeuta, afim de que o paciente colabore e confie no profissional, objetivando o melhor resultado possível dentro do planejamento previsto.

Outro conceito que Simon (2001) formula em seus anos de experiência em psicoterapia psicanalítica, e que tem igual importância no manejo da PBO, é o de **cotransferência**, definida como sendo a transferência experienciada com outras pessoas que não o terapeuta nas sessões psicoterápicas, repletas de sentimentos e reproduzidas com muita intensidade. O autor completa: “*Portanto, por reconhecer a importância das transferências com pessoas outras que não o terapeuta, e facilitar a comunicação, proponho chamar essas transferências colaterais abreviadamente de “cotransferências”*” (grifos do autor, p.7)

### 2.3.2.1 Interpretação Teorizada

Diferentemente da psicoterapia psicanalítica clássica, que utiliza o caminho mais longo da associação livre, a PBO utiliza, como recurso técnico, a **interpretação teorizada**, conceituada como sendo “*interpretação baseada no conhecimento da história do paciente através das entrevistas e sessões, aplicando sobre estas a teoria psicanalítica dos dinamismos inconscientes originados nas relações com pessoas significativas da infância - ou na fantasia - e que foram incorporadas como relações objetais internas reprimidas ou dissociadas, formando complexos inconscientes*” (p.159). Durante a formulação do conceito, Simon (2005) percebeu que quando a interpretação parecia verossímil ao paciente, o assombro trazido pela descoberta permitia ao paciente trazer novas associações nas sessões seguintes, além de permitir o resgate de lembranças até então adormecidas. Com isto, o alcance e eficácia da PBO ficavam maiores. O autor acrescenta que, uma vez que a transferência positiva na PBO é

instituída, o paciente fica mais suscetível a aceitar como válida a interpretação teorizada. Entretanto, a técnica exige um emparelhamento adequado entre passado e presente, associado a uma postura ativa do terapeuta, que não permite que o paciente se disperse em divagações, focando no enfrentamento das situações angustiantes e conflitantes do presente.

As situações-problema são trabalhadas por meio de clarificações e uso destas interpretações teorizadas, tendo por base as conjecturas psicodinâmicas. A interpretação teorizada possibilita ao paciente compreender os aspectos inconscientes que sustentam as soluções pouco e pouquíssimo adequadas que utiliza. Neste sentido, Gebara, Rosa, Simon e Yamamoto (2004) afirmam que 80% dos casos estudados no trabalho apresentaram crise no diagnóstico inicial e, por meio da interpretação teorizada, foi possível verificar que estes pacientes conseguiram lidar de forma adequada com a crise.

## **2.4 Procedimento**

Os participantes desta pesquisa se inscreveram para atendimento no Serviço de Triage da Clínica Durval Marcondes – IPUSP, e foram indicados pela equipe de psicólogos da instituição, que estavam familiarizados com o conceito de crise adaptativa (Simon, 1989) utilizado nesta dissertação. Se, nos casos triados houvesse consenso – entre pesquisador e orientadora - de que havia uma crise adaptativa ali deflagrada, dava-se continuidade ao processo.

A partir disso, foram marcadas as entrevistas iniciais para a continuidade da investigação. Em contato com o paciente, era esclarecido o objetivo da pesquisa. Mediante a concordância do participante (que foi documentada com a assinatura do Consentimento Livre Esclarecido), dava-se seguimento ao processo, realizando a coleta de dados da história de vida do paciente e da situação adaptativa atual. Ao término da investigação sobre os quatro setores adaptativos, verifica-se o diagnóstico adaptativo, aplicando a EDAO a partir do conteúdo das entrevistas iniciais. Estabelece-se o número máximo de sessões para situações de crise, ou seja, 12 sessões de 50 minutos. Depois da última sessão, aplica-se novamente a EDAO, para avaliação da eficácia da adaptação e das soluções adotadas nesta etapa.

O conteúdo de cada entrevista ou sessão foi redigido logo após o término das mesmas.

A entrevista de acompanhamento foi feita em todos os pacientes, entre noventa e cento e oitenta dias após o término da PBO, de acordo com as especificidades de cada caso, para avaliação da evolução adaptativa de cada um<sup>3</sup>.

A precisão das avaliações iniciais, finais e da entrevista de acompanhamento – efetuado por meio da EDAO, bem como a circunscrição da situação-problema, foi aferida pelo pesquisador e pela orientadora, já que se trata de avaliação envolvendo julgamento clínico.

Todos os atendimentos foram realizados nas dependências da Clínica Durval Marcondes - IPUSP.

## **2.5 Aspectos éticos gerais**

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, será embasada na Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Respeitar-se-á os aspectos centrais referentes à eticidade em pesquisa descritos nesta Resolução, tais como consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo, preferencialmente com autonomia plena, respeitando-se sua dignidade e autonomia. Será garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento da pesquisa. Haverá devida preocupação com a ponderação entre riscos e benefícios (princípio da beneficência), danos previsíveis serão evitados (não maleficência), preocupação com o bem-estar do sujeito, confidencialidade e privacidade, garantindo a proteção da imagem e não estigmatização do participante.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPH-IP- em 31 de março de 2008.

---

<sup>3</sup> Informações mais detalhadas encontram-se na Seção 4 – Discussão de Resultados.

Na sessão 9, a paciente chega aparentemente abatida. Chegando à sala de atendimento, pergunta: “*você não vai me abandonar né... é uma terapia breve? Comigo não está dando certo...*”.

Gisele

### 3 RESULTADOS

As participantes desta pesquisa passaram por entrevistas iniciais (fase diagnóstica), e, a seguir, foram conduzidas para a fase terapêutica, que consiste em 12 sessões, conforme preconiza Simon (2005) em casos de crise adaptativa. As seis pacientes compareceram para entrevista de acompanhamento. A avaliação da eficácia adaptativa foi aferida em três oportunidades, pré e pós PBO, e após a entrevista de acompanhamento.

#### Quadro I – Características gerais dos participantes

Caso	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Profissão
1- Dalva	67	Fundamental	Divorciada	Do lar
2- Cleide	37	Superior Incompleto	Casada	Técnica de Enfermagem
3- Gisele	41	Ensino médio	Divorciada	Técnica Administrativa
4- Doriana	30	Superior Incompleto	Solteira	Vendedora
5- Vanda	33	Pós Graduação	Divorciada	Professora
6- Renata	38	Ensino Médio Incompleto	Solteira	Secretária

De acordo com o Quadro I, nesta pesquisa foram atendidas seis mulheres adultas, com idades entre 30 e 67 anos. Com relação à escolaridade, uma das participantes tinha o nível fundamental; havia duas participantes com ensino médio, uma delas com o curso completo e outra o mantinha inconcluso; duas com curso superior incompleto e uma com pós-graduação. Quanto ao estado civil, três eram divorciadas, duas solteiras e uma casada. Em relação à profissão temos uma professora, uma técnica administrativa, uma técnica de enfermagem, uma vendedora, uma secretária e uma participante que trabalhava com afazeres domésticos.

A seguir, constam os resumos dos seis atendimentos realizados na Clínica Psicológica Durval Marcondes – IPUSP. Na seção ANEXO B, encontram-se todos os casos na íntegra, organizados e analisados.

### **3.1 Caso 1 - Dalva**

Dalva compareceu para a primeira entrevista se queixando de um quadro depressivo, solidão e insegurança. O único filho que morava com ela havia se mudado, já que havia contraído matrimônio. O nascimento do seu neto, produto do referida relação do filho, deflagrou uma crise por perda, já que a paciente achava que o filho se afastaria dela por conta deste acontecimento. Após as entrevistas iniciais com Dalva, aferiu-se um diagnóstico inicial Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada em crise. Ao final de três entrevistas iniciais circunscreveu-se a situação-problema, referente ao medo de ser abandonada pelo filho com a chegada do neto. A PBO foi realizada, e ao término dela, foi aferida evolução adaptativa em 2 níveis acima, Grupo 1 – adaptação eficaz. Durante o processo da PBO, a paciente pôde perceber que as mudanças ocorridas na vida do filho não acarretariam seu abandono. Dalva procurou encarar a nova etapa da vida de acordo com as possibilidades, aceitando-as. Neste sentido, por meio da PBO, foi possível não apenas evitar o agravamento da crise, mas também contribuir para a adoção de soluções mais adequadas, o que possibilitou a interrupção da crise. Após 90 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento, e observou-se manutenção nos ganhos obtidos por meio da PBO, classificando-a novamente no Grupo 1 – adaptação eficaz. Dalva reportou ter adquirido uma nova propriedade (chácara), e que estava planejando, juntamente com sua irmã, as benfeitorias a serem feitas, o que representava ganho no setor da Produtividade.

### **3.2 Caso 2 - Cleide**

Cleide compareceu se queixando de um medo que sempre sentiu, e que ultimamente se transformou num sentimento de pânico, como se algo muito ruim pudesse acontecer a qualquer momento, desencadeado a partir da interrupção da quarta gravidez, motivada por questões orgânicas. Já havia tentado engravidar por três vezes, todas interrompidas por problemas orgânicos, como hipertensão, fato que frustrava a paciente e seu marido. Esses problemas orgânicos na gravidez traziam risco de vida à paciente. Após as entrevistas iniciais,

aferiu-se um diagnóstico inicial Grupo 3 – adaptação ineficaz severa em crise por ameaça de perda. A situação-problema foi circunscrita, referente ao medo de perder o marido caso não venha a gerar um filho. A PBO foi realizada, e o trabalho foi permeado, em boa parte das sessões, pela reflexão acerca do conflito referente aos riscos para a saúde da paciente em conceber um filho, ou optar pela adoção. Inicialmente, havia uma disposição de dar um filho biológico ao marido. Aos poucos, a paciente foi refletindo sobre os riscos na empreitada de uma quinta gravidez, e acabou decidindo pela adoção. Ao término da PBO, foi aferida evolução adaptativa em 1 nível acima, Grupo 2 – adaptação ineficaz leve, já que a paciente apresentou melhor aceitação de suas limitações biológicas, e utilizou uma solução mais adequada para sua situação, adotando um filho. O conflito aferido na situação-problema foi dissipado, correspondente ao medo de ser abandonada caso não engravidasse, o que possibilitou a interrupção da crise por expectativa de perda. Na entrevista de acompanhamento, após 181 dias do término da PBO, a paciente e o marido compareceram para apresentarem o filho adotivo, aparentemente satisfeitos com a situação. Cleide relatou que sua família está apoiando e participando deste momento, contentes com o novo integrante da família.

### **3.3 Caso 3 - Gisele**

Gisele se apresentou queixando-se da separação recente do marido e da morte da mãe, além de compulsão por compras. Partiu-se de um diagnóstico inicial Grupo 4 – adaptação ineficaz severa em crise. Após as entrevistas iniciais foram circunscritas as situações-problema, referente à separação do segundo marido e a morte da mãe, as duas situações ocorridas nos últimos trinta dias, que deflagraram a crise por perda. A PBO foi realizada, e ao término dela, foi aferida evolução adaptativa em 1 nível acima, Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada, já que o trabalho realizado na PBO possibilitou à paciente refletir sobre a necessidade de entrar em contato com sua carência e de lidar com a frustração, interrompendo a crise por perda. Após 93 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento, e observou-se a manutenção na classificação adaptativa da paciente, Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Neste sentido, a evitação do deterioramento da classificação adaptativa como forma de prevenção pôde ser verificada neste caso.

### 3.4 Caso 4 - Doriana

Doriana compareceu para a primeira entrevista chorando muito, se queixando da relação com o namorado, não sabia se queria manter a relação ou encerrá-la, pois brigavam muito. Sintomatologia depressiva. Diz que já perdeu muita coisa na vida. Após as entrevistas iniciais circunscreveu-se a situação-problema, referente à expectativa do término de seu conturbado namoro. Além disso, considerava a possibilidade de mudar de emprego, já que se encontrava insatisfeita com a empresa. Partiu-se de um diagnóstico inicial Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada em crise por expectativa de perda. A PBO foi realizada, e o trabalho foi pautado na reflexão sobre as soluções que a paciente utilizava na área afetivo-relacional e na produtividade, a partir dos conflitos entre a paciente e o namorado e de sua insatisfação no trabalho. As reflexões sobre a imaturidade da relação do casal consumiram boa parte das sessões, dentro de um continuum de intervenções expressivo-de apoio. Ao término dela, foi aferida manutenção da adaptação, Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada, já que a paciente pôde refletir mais sobre a relação com o namorado, levando em conta suas necessidades. Na fase final da PBO, se apresentou mais consciente da necessidade de tomar atitudes acerca de sua relação amorosa e sem sintomatologia depressiva, o que indicava interrupção da crise. Após 98 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento, e foi possível observar novamente a manutenção da adaptação da paciente, classificando-a no Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Doriana reconheceu a necessidade de assumir responsabilidades e aceitar as perdas decorrentes das escolhas. Havia terminado a relação com o namorado, mas permanecia no mesmo emprego.

### 3.5 Caso 5 - Vanda

Vanda compareceu se queixando de sua dificuldade em lidar com a separação do marido ocorrida recentemente. Apresentava elevado nível de ansiedade. Partiu-se de um diagnóstico inicial Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada em crise. Após as entrevistas iniciais circunscreveu-se a situação-problema, referente à dificuldade em aceitar ser deixada pelo marido. A PBO foi realizada, e centraram-se esforços na reflexão sobre a relação do casal e na percepção de si mesma, repensando as escolhas de Vanda na vida amorosa. Ao término da PBO foi aferida evolução adaptativa em 2 níveis acima, Grupo 1 – adaptação eficaz, já que a paciente apresentou progresso na percepção da autoestima, refletindo mais

sobre si mesma, sobre suas potencialidades, com diminuição da ansiedade, o que possibilitou a interrupção da crise. O bom vínculo terapêutico, proporcionado pelas intervenções suportivas, possibilitou estes avanços no nível adaptativo de Vanda. Após 183 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento. Foi constatada a manutenção da classificação adaptativa da paciente, Grupo 1 – adaptação eficaz leve. Na entrevista de acompanhamento, apresentou melhor aceitação de seu momento afetivo, procurando lidar com a situação.

### **3.6 Caso 6 - Renata**

Renata compareceu se queixando da relação com os filhos, e do problema de saúde do filho menor. Relata ter dificuldade em dizer “não”. Mais adiante confessa que está em vias de ser despejada por falta de pagamento, e que não sabe o que fazer, já que suas finanças estão deterioradas. Neste caso, foi apurado diagnóstico inicial Grupo 4 – adaptação ineficaz severa em crise por expectativa de perda. Após as entrevistas iniciais circunscreveu-se a situação-problema, referente à ameaça de despejo da casa onde mora atualmente. Esta situação deflagrou a crise por expectativa de perda. A PBO foi realizada, e ao término dela, foi aferida evolução adaptativa em 1 nível acima, Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Renata procurou encarar a dificuldade em lidar com frustrações e limites, buscando enfrentamento da situação. A possibilidade de evitar o despejo, com a ajuda de colegas do trabalho, amenizou a intensidade da ansiedade da paciente, possibilitando a interrupção da crise por expectativa de perda. As intervenções suportivas tiveram papel fundamental neste caso, principalmente no que diz respeito à estruturação de um vínculo de confiança que propiciasse a continuidade do processo em um ambiente de compreensão e sintonia entre paciente e terapeuta. Após 110 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento, momento em que foi observada a manutenção na classificação adaptativa da paciente, classificando-a no Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Renata estava mais tranquila e menos ansiosa. Relatou que o problema de saúde do filho menor está resolvido, embora o mesmo ainda mantenha comportamentos anti-sociais; estava negociando um novo contrato com a imobiliária dentro de suas possibilidades; tem procurado conter o impulso consumista, mas em algumas oportunidades não atinge o objetivo, gerando conflito interno.

No quadro II – Diagnóstico adaptativo inicial e final, podemos observar os resultados dos atendimentos:

### Quadro II – Diagnóstico adaptativo inicial e final

Caso	Diagnóstico Inicial	Diagnóstico Final
1- Dalva	G3 em crise	G1
2- Cleide	G3 em crise	G2
3- Gisele	G4 em crise	G3
4- Doriana	G3 em crise	G3
5- Vanda	G3 em crise	G1
6- Renata	G4 em crise	G3

No quadro III – Eficácia adaptativa pré e pós PBO e localização da situação-problema, pode ser verificada a evolução adaptativa das pacientes a partir da adequação setorial, antes e depois da PBO. Todas as situações-problema estavam localizadas no setor A-R.

### Quadro III – Eficácia adaptativa pré e pós PBO e localização da situação-problema

	Adequação Setorial Pré-PBO				Diagnóstico Pré PBO	Localização Situação Problema	Adequação Setorial Pós-PBO				Diagnóstico Pós PBO
	A-R	Pr	Or	S-C			AR	Pr	Or	S-C	
Dalva	Pa	Pa	A	pa	G3 em crise	A-R	A	a	a	a	G1
Cleide	Pa	Pa	pqa	pa	G3 em crise	A-R	A	pa	a	a	G2
Gisele	Pqa	Pa	pa	a	G4 em crise	A-R	Pa	pa	a	a	G3
Doriana	Pa	Pa	pqa	pa	G3 em crise	A-R	Pa	pa	pa	a	G3
Vanda	Pa	Pa	pa	pa	G3 em crise	A-R	A	a	a	a	G1
Renata	Pqa	Pa	A	a	G4 em crise	A-R	Pa	pa	a	a	G3

Legenda: a: adequada

pa: pouco adequada

pqa: pouquíssima adequada

Abaixo, podemos observar os resultados das entrevistas de acompanhamento, de acordo com o Quadro IV, Diagnóstico final e entrevista de acompanhamento.

**Quadro IV – Diagnóstico adaptativo final e entrevista de acompanhamento**

Caso	Diagnóstico Final	Entrevista de Acompanhamento
1- Dalva	G1	G1
2- Cleide	G2	G1
3- Gisele	G3	G3
4- Doriana	G3	G3
5- Vanda	G1	G1
6- Renata	G3	G3

*“Eu aprendi que qualquer decisão que eu tome vai haver perda, eu vi isso, as coisas vão ficando sérias e eu “pico a mula”, não assumo, sério, casar... não consigo assumir, medo de não dar certo, da perda...”.*

Doriana

#### **4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A questão de terem participado desta pesquisa somente mulheres deve-se ao fato da equipe de psicólogos da Clínica “Durval Marcondes” ter encaminhado, durante a coleta de dados, seis casos que envolviam crise adaptativa, coincidentemente compostos apenas por mulheres adultas, entre 30 e 67 anos. Este dado parece se coadunar com o fato de mulheres cuidarem mais de sua saúde, física e mental, do que homens (Bellodi, 2007; Camargos & Nascimento, 2009).

Outra questão observada durante a coleta de dados foi que, em todos os casos encaminhados, todos referiam a crise por perda (ou expectativa). Nenhum caso de crise por aquisição foi encaminhado pela equipe de psicólogos da Clínica Durval Marcondes - IPUSP. Refletindo um pouco mais sobre a ausência de casos de crise por aquisição, Simon (2005) nos diz que, muitas vezes, um caso de crise por aquisição pode se converter em crise por perda, diante da dificuldade do paciente em lidar com o ganho em seu universo pessoal. O medo diante do desconhecido e do novo traz prejuízo na percepção da realidade. Este despreparo para lidar com uma situação nova, quando o sujeito não está preparado para lidar com o ganho, pode conduzir ao fracasso. Com efeito, o indivíduo, não sabendo lidar com uma crise por aquisição, pode acabar se encaminhando para uma crise por perda. A crise por ganho pode surgir também quando o sujeito lida maníacamente com a aquisição em seu universo pessoal, negando o despreparo, ou fugindo direta ou indiretamente do ganho.

Conforme o Quadro II – Diagnóstico adaptativo inicial e final, é possível observar que, no caso 1, Dalva iniciou a PBO no grupo 3 em crise e terminou o processo classificada no grupo 1. Cleide partiu de um diagnóstico grupo 3 em crise e, ao término da PBO, estava classificada no grupo 2. No caso 3, Gisele começou a PBO classificada no grupo 4 em crise, e, no fim do processo foi conduzida ao Grupo 3. No caso 4, Doriana iniciou a terapia classificada no grupo 3 em crise, e no fim do processo manteve-se no grupo 3, porém com a crise interrompida. No caso 5, Vanda foi classificada no grupo 3 em crise na fase pré PBO e foi conduzida ao grupo 1 ao término do processo. Renata teve um diagnóstico inicial grupo 4

em crise e finalizou o processo conduzida ao grupo 3. Em todos os casos, ao término da PBO, a crise ora instalada foi interrompida. Verificou-se que cinco das seis mulheres desta pesquisa obtiveram soluções adequadas para as crises adaptativas, se utilizarmos como base a evolução das pacientes em níveis de eficácia adaptativa, conforme Quadro II – Diagnóstico adaptativo inicial e final. Este resultado é semelhante ao verificado por Gebara, Rosa, Simon e Yamamoto (2004) que afirmam em seu trabalho que 80% dos casos estudados apresentaram crise no diagnóstico inicial e, por meio da PBO foi possível verificar que estes pacientes conseguiram lidar de forma adequada com a crise. Das seis pacientes atendidas, apenas Doriana se manteve no Grupo 3 desde o diagnóstico inicial até o fim da PBO. Porém, a PBO possibilitou à paciente reconhecer a necessidade de aceitar as perdas decorrentes de suas escolhas, com mais reflexão e contato interno, interrompendo a crise ora instalada, o que representa ganho quanto ao não agravamento da adaptação.

Conforme quadro III – Eficácia adaptativa pré e pós PBO e localização da situação-problema, pode-se observar que as situações-problema de todos os casos estavam localizadas no setor Afetivo Relacional (A-R), fato que Simon (2005) já nos ensinava em sua experiência, quando disse que este setor tem maior influência na totalidade adaptativa, além de influenciar substancialmente na interação com os outros três setores. Este resultado ratifica o peso atribuído pela EDAO a este setor (Rocha, 2002; Mazzotti, 2007; Teixeira, 2008). Com efeito, de acordo com o Quadro III, após a PBO, as soluções adotadas pelas pacientes em relação às situações-problema localizadas no setor A-R trouxeram benefícios para os outros 3 setores, em boa parte dos casos. Neles, foi possível averiguar alguns resultados da intervenção na crise, observados após a PBO, a saber: aceitação de perdas, evitação do deterioramento do nível adaptativo e enfrentamento de problemas buscando uma postura mais adequada, já observados anteriormente por Simon (1989, 2005). No caso de Dalva, a utilização de soluções mais adequadas no setor A-R trouxeram conseqüências positivas para os setores Pr e S-C, que foram avaliados como pouco adequados na fase pré PBO e se encaminharam para adequados na fase pós PBO. Dalva, antes do início da PBO, estava pouco adequada nos setores A-R e Pr. Durante a PBO, Dalva lidou com a crise procurando encarar a nova etapa da vida de acordo com as possibilidades, aceitando-as, conforme preconiza Simon (1989) com relação aos objetivos preventivos em casos de crise por perda (ou expectativa): “*aceitar a perda, reinteressar-se p/ universo pessoal e lidar com sentimentos predominantes*” (p.62). Neste sentido, por meio da PBO, foi possível interromper a crise, além de contribuir para a adoção de soluções mais adequadas. Dalva, ao término da PBO, estava mais tranqüila, pois percebeu que a mudança ocorrida na vida dos filhos não acarretaria o seu abandono, conforme sua

crença antes da PBO. Tem procurado encarar a nova etapa da vida com o apoio da turma da terceira idade a qual frequenta, cuidando e sendo cuidada pela família de acordo com as possibilidades, aceitando-as. Após a PBO a paciente estava adequada em todos os setores, o que se manteve na entrevista de acompanhamento, conduzindo-a do grupo 3 para o grupo 1. Cleide estava pouco adequada em três setores, A-R, Pr e S-C, e pouquíssimo adequada no setor Or. Durante a PBO, Cleide lidou com a crise apresentando melhor aceitação de suas limitações biológicas, e utilizou uma solução mais adequada para sua situação, adotando um filho, dissipando o conflito aferido na situação-problema, correspondente ao medo de ser abandonada caso não engravidasse, além de evitar risco de vida com uma nova tentativa de engravidar, por conta de limitações biológicas. Com efeito, a crise ora instalada foi interrompida. Após a PBO, verificou-se que a paciente evoluiu para uma classificação adequada em três setores, A-R, OR e S-C, mas mantinha-se pouco adequada no setor Pr. Na entrevista de acompanhamento, Cleide se apresentou adequada em todos os setores, representando uma evolução maior ainda. As soluções mais adequadas no setor A-R utilizadas por Cleide favoreceram 3 dos 4 setores adaptativos, avaliados como adequados após a PBO, ou seja, do grupo 3 em crise antes da PBO passou para o grupo 2 após a PBO; depois encaminhou-se para o grupo 1, conforme verificação na entrevista de acompanhamento. Gisele, antes da PBO, estava pouquíssimo adequada no setor A-R, pouco adequada nos setores Pr, e Or, e adequada no S-C, o que lhe trouxe avaliação adaptativa no grupo 4 em crise. A paciente lidou com a crise refletindo acerca da necessidade de entrar em contato com sua carência e de lidar melhor com frustrações, o que possibilitou a interrupção da crise. Após a PBO, as soluções mais adequadas utilizadas por Gisele no setor A-R proporcionaram evolução na adequação deste setor. Gisele procurava refrear seu impulso por compras supérfluas, evitando o agravamento de sua situação financeira. Estava tentando aumentar sua renda, participando de concursos públicos que ofereciam uma renda maior do que a atual. Pôde-se observar que a paciente evoluiu para pouco adequado no setor A-R; manteve-se pouco adequada no setor Pr; evoluiu para adequado no setor OR e manteve-se adequado no setor S-C, o que a conduziu do grupo 4 em crise para o grupo 3. Na entrevista de acompanhamento Gisele se encontrava pouco adequada nos setores Pr e A-R, o que representava uma evitação no deterioramento da eficácia adaptativa nos setores mais influentes (A-R e Pr). As soluções mais adequadas utilizadas por Gisele no setor A-R proporcionaram também a evitação do agravamento da classificação adaptativa, mantendo-se no grupo 3 na entrevista de acompanhamento. Doriana, antes da PBO estava pouco adequada nos setores A-R, Pr e S-C, e pouquíssimo adequada no setor Or, o que lhe trouxe avaliação

adaptativa no grupo 3 em crise. Neste caso, o trabalho foi pautado na reflexão sobre as soluções que a paciente utilizava na área Afetivo-Relacional e na Produtividade, a partir dos conflitos entre a paciente e o namorado e de sua insatisfação no trabalho. As reflexões sobre a imaturidade da relação do casal consumiram boa parte das sessões, dentro de um continuum de intervenções (Gabbard, 1998, Yamamoto, 2004). As intervenções suportivas fomentaram reflexão sobre as atitudes de Doriana, e as interpretações teorizadas tinham o objetivo de fazer uma conexão entre situações traumáticas da infância e sua repercussão no presente e nas soluções inadequadas advindas disso (Simon, 2005). Doriana reconheceu a necessidade de assumir responsabilidades e aceitar as perdas decorrentes das escolhas, o que possibilitou a interrupção da crise. Neste caso, observa-se mais um objetivo preventivo atingido (Simon, 1989). Após a PBO verificou-se que, nos setores A-R e Pr a adequação se manteve; houve evolução no setor Or para pouco adequada e no setor S-C para adequada, o que a manteve no grupo 3. Na entrevista de acompanhamento, nos setores A-R e Pr se manteve pouco adequado; no setor Or houve evolução para adequado e no setor S-C manteve-se adequado, avaliando-a novamente no grupo 3. As soluções mais adequadas no setor A-R também proporcionaram a evitação do agravamento da classificação adaptativa. Vanda, antes da PBO, estava pouco adequada em todos os setores, o que lhe trazia avaliação no grupo 3 em crise. Durante a PBO, Vanda lidou com a crise procurando aceitar melhor seu momento afetivo, enfrentando a situação, o que permitiu sua interrupção. Terminou a PBO refletindo mais sobre si mesma e sobre suas potencialidades. Procurou aceitar melhor a separação, repensando a percepção do ex-marido e de si mesma. Vanda evoluiu para adequado, em todos os setores, o que a conduziu para o grupo 1. Na entrevista de acompanhamento, todos os setores se mantinham adequados, menos o Or, que decaiu para pouco adequado, por conta de falta de gratificação em relação às necessidades sexuais, o que a mantinha no grupo 1. As soluções mais adequadas de Vanda no setor A-R favoreceram os quatro setores, que foram avaliados como adequados ao término da PBO. Renata, antes da PBO, estava pouquíssimo adequada no setor A-R e pouco adequada no setor Pr; nos setores S-C e Or estava adequada, o que lhe trouxe avaliação adaptativa no grupo 4 em crise. No decorrer do processo, a PBO possibilitou a interrupção da crise e a evitação de deterioramento do nível adaptativo. Isso foi possível a partir da adoção de uma postura mais ativa frente aos problemas, o que contribuiu para que ela conseguisse evitar ser despejada de sua residência, tentando controlar melhor seu orçamento, além da aceitação da promoção no trabalho, que representava um desafio para ela. Após a PBO, evoluiu no setor A-R para pouco adequada; manteve-se pouco adequada no setor Pr e adequada nos setores Or e S-C, o que a conduziu do grupo 4 em crise para o grupo

3. Na entrevista de acompanhamento, Renata manteve-se pouco adequada nos setores A-R e Pr e adequada nos setores S-C e Or, conservando-se no grupo 3. As soluções mais adequadas utilizadas por Renata no setor A-R trouxeram progressos nos setores A-R, Or e S-C, além de conduzirem para interrupção da crise.

Com relação aos aspectos metodológicos da PBO, foi possível confirmar as observações feitas por Gebara (2009) acerca da eficácia terapêutica da interpretação teorizada na PBO, com a utilização da cotransferência. Para ilustrar esta afirmação, recorreremos ao material clínico das pacientes atendidas na presente pesquisa, começando pelo atendimento de Cleide. Na sessão 5 do processo terapêutico, naquela altura, Cleide se apresentava indecisa, conversando muito com o marido sobre tentar mais uma vez um filho biológico ou adotar uma criança com o marido. Durante uma ríspida discussão, o marido trouxe a tona novamente sua preocupação com os aspectos biológicos da paciente que interferiam na consecução deste projeto. Naquele episódio cotransferencial trazido na sessão carregado de sentimentos hostis, pudemos observar, como fator cotransferido, a reedição do ódio pelo pai da infância, aquele pai que referia a sua querida mãe como uma “mulher podre”, por conta de um problema orgânico, um mioma. A utilização da cotransferência permite visualizar como uma vivência emocional experimentada pelo paciente fora da relação analítica pode ser interpretada, trazendo *insight* sobre as origens inconscientes em relação ao passado (Simon, 2005). Neste momento foi feita uma interpretação teorizada, que promoveu *insight* à paciente acerca de seu sentimento pelo marido. Em outro caso em que foi utilizada a técnica, Gisele, na sessão 3, estava preocupada e irritada com a vinda do namorado para morar com ela. Concomitantemente, estava se relacionando com o ex-marido, que a mimava com jantares e presentes. Foi feita uma conexão entre passado e presente de Gisele, sobre seu sentimento de ter sido pouco cuidada na infância, e da repercussão disto em seu padrão atual de comportamento. O fator cotransferido foi a relação de dependência infantil com os pais da infância, atualizada na relação com os companheiros do presente. Foi trabalhada a necessidade da paciente romper com a dependência infantil em relação ao ex-marido, e, ao mesmo tempo, refletir sobre como ela pode buscar se relacionar com o namorado atual (Zizo) de forma mais madura, o encarando como companheiro, não como provedor de bens. No atendimento de Dorianana, a técnica foi utilizada na sessão 9, após o relato da paciente acerca de uma ligação de uma colega de trabalho ao namorado. A paciente se enfureceu com isso e tiveram uma briga séria naquele dia. Neste episódio cotransferencial, foi apontado à paciente o quanto ela estava reproduzindo intensamente sentimentos angustiantes de traição e rejeição em relação ao pai da infância quando a paciente presenciava discussões por conta da suposta

infidelidade do pai. Neste recorte, ela reeditava com o namorado atual o padrão de comportamento da mãe da infância, com a qual estava identificada, que vivia uma relação que trazia sentimentos de insegurança e rejeição em relação ao pai. Na PBO de Vanda, na sessão 4, Vanda refletia o quanto seu ex-marido tinha sido um coadjuvante para seus sonhos, para seu projeto de vida. Neste dia, a paciente fez uma associação com um brinquedo de infância, um boneco, que em fantasia realizava todas as vontades de Vanda. A interpretação teorizada versou sobre a necessidade de amor e atenção em relação aos pais de infância, atualizada no envolvimento com o ex-marido. O fator cotransferido seria a reedição do sentimento de abandono na ocasião do nascimento de sua irmã. Neste momento se sentia, de novo, abandonada, só que agora pelo marido. Já com Renata, a técnica foi utilizada em uma das últimas sessões da PBO, em um episódio em que um ex-namorado tentava falar por telefone com a paciente e esta não queria atender, por não querer mais se relacionar com ele, já que suspeitava da fidelidade dele, além da forma pouco cortês com que a tratava, padrão de comportamento similar ao do pai com a mãe da infância. O fator cotransferido aqui foi o ódio pelo sentimento de traição (por conta da suspeita de infidelidade do namorado), em relação à figura paterna internalizada, já que seu pai havia relatado a paciente, depois de adulta, e até então filha única, que tinha uma irmã de outro relacionamento dele.

Em todos os casos acima citados, pôde-se verificar que a menção da experiência emocional vivida no passado e reeditada na atualidade em episódios intensamente ricos de sentimentos – por meio das cotransferências - com outras pessoas que não o terapeuta trouxe a possibilidade das pacientes fazerem uma conexão entre passado reprimido e o presente, fator que sustentava o conflito e promovia soluções pouco ou pouquíssimo adequadas. (Simon, 2005).

A interpretação teorizada foi acompanhada de medidas suportivas como clarificação - para esclarecimento da paciente em função da natureza inconsciente do conteúdo (Yamamoto, 2004). Esse recurso foi utilizado como instrumento para ajudar as pacientes a lidar com a angústia deflagrada pelas emoções que acompanham experiências passadas e esquecidas. Essa ideia de combinação de técnicas interpretativas e suportivas se coaduna à proposição feita por Gabbard (1998) de processo psicoterapêutico como um *continuum* expressivo-de apoio, algo mais de acordo com a prática e pesquisa em Psicologia Clínica.

Todos os casos foram atendidos com ampla aplicação de intervenções suportivas. A seguir serão apresentados alguns recortes ilustrativos dos atendimentos nesta perspectiva.

Com relação à Dalva, o processo foi predominantemente baseado neste tipo de intervenção. A postura respeitosa e cortês do terapeuta possibilitou à paciente falar sobre seus conflitos, como o sentimento de abandono que o nascimento do neto despertava, e a repercussão deste fato na relação com a família. Outros assuntos como questões do cotidiano, sua participação em um grupo de terceira idade, seus cuidados com a chácara, eram trazidos em sessão, e eram trabalhados suportivamente. A importância destas intervenções reside na possibilidade de falar e ser ouvida como instrumento terapêutico, fruto do estabelecimento de uma relação transferencial positiva. Na PBO de Cleide, as intervenções suportivas foram importantes para a estruturação de uma aliança de trabalho, estimulando a transferência positiva (Simon, 2005; Enéas, 2000) logo nas primeiras sessões. Naquele momento, Cleide estava angustiada com o impasse entre ter ou não um filho biológico, medo de sofrer com uma hipotética quinta gravidez, medo de não dar conta da empreitada. Adotou-se uma postura suportiva, pontuando a paciente sobre a importância de se pensar em uma vida real, com planos possíveis. Foi dito que ela havia passado por riscos durante as gravidezes, e que precisava pensar se suportaria passar por isto de novo, pensando nas implicações da escolha. No Caso 5, Vanda, no decorrer do processo, apresentou progresso na percepção da autoestima, refletindo mais sobre si mesma, sobre suas potencialidades, com diminuição da ansiedade instalada em meio à crise. O bom vínculo terapêutico, proporcionado pelas intervenções suportivas, possibilitou estes avanços no nível adaptativo de Vanda. Um exemplo disso pôde ser observado no fim da primeira sessão da PBO, quando ela presenteou o terapeuta com alfajores, e conta que foi importante para ela uma intervenção suportiva realizada na entrevista passada, quando foi dito a Vanda que ela não deveria se sentir culpada isoladamente pelo fracasso do casamento, pois a relação é o reflexo da subjetividade de duas pessoas. Esta intervenção de apoio contribuiu para a vinculação da paciente ao trabalho psicoterapêutico, como se observou no decorrer da PBO, já que a paciente pôde se sentir compreendida pelo terapeuta. Para Rockland (1989), Pinsker (1997), todo esforço é feito para reduzir ao mínimo a ansiedade e auxiliar na forma de lidar com a frustração no processo terapêutico. A base disso é a construção de uma aliança terapêutica caracterizada por entrosamento emocional, comunicação e respeito mútuo, com o objetivo de restabelecer e melhorar a autoestima, as funções do ego e habilidades adaptativas, o que se verificou de forma geral no caso das pacientes acima citadas. No Caso 6, com Renata, as intervenções suportivas tiveram papel preponderante, principalmente no que diz respeito à estruturação de um vínculo de confiança que propiciasse a continuidade do processo em um ambiente de compreensão e sintonia entre paciente e terapeuta. A mensagem de compreensão que era emitida nestas intervenções propiciava um ambiente emocional

favorável para que Renata recebesse as interpretações, proporcionando relativa compreensão interna acerca de suas ações de caráter impulsivo e inconsciente. Estas intervenções contribuíram para o enfrentamento da situação e para melhora na capacidade de utilização dos recursos do ambiente, conforme afirmam Novalis, Rojcewicz e Peele (1993). Um exemplo disso foi o momento em que Renata hesitava em aceitar a promoção no trabalho, que traria um salário melhor, por conta de um constrangimento com um pretendente ao posto, colega de trabalho, além da responsabilidade de dar conta do serviço proposto. Talvez não se sentisse apta para a sua plena execução. Refletimos sobre a importância em aceitar esta promoção, visto que o aumento de salário previsto atenuaria seu déficit orçamentário. Na entrevista de acompanhamento, foi possível verificar que Renata aceitou o novo cargo.

Todas as participantes da pesquisa compareceram à entrevista de acompanhamento, de acordo com o Quadro IV, Diagnóstico final e entrevista de acompanhamento. Em 5 casos ocorreu a manutenção da avaliação adaptativa, entre o fim da PBO e a entrevista de acompanhamento, e em 1 caso houve evolução. Dalva e Vanda mantiveram a avaliação no grupo 1, na ocasião da entrevista de acompanhamento. Gisele, Doriania e Renata mantiveram-se no grupo 3. Apenas Cleide passou do Grupo 2 para o grupo 1 quando participou da entrevista de acompanhamento. Observou-se sua importância para a verificação do diagnóstico adaptativo após o término da PBO. No Caso 1, Dalva compareceu para a entrevista de acompanhamento após 90 dias do término da PBO. Neste dia observou-se que ela manteve os ganhos obtidos pela PBO, com a mesma classificação adaptativa relativa ao término do processo, ou seja, Grupo 1- adaptação eficaz. No caso 2, Cleide terminou a PBO evoluindo 2 níveis na classificação adaptativa, passando de Grupo 3 - adaptação ineficaz moderada para Grupo 2 – adaptação ineficaz leve. Após 181 dias foi realizada a entrevista de acompanhamento. Neste caso em particular, o espaço de tempo de quase 6 meses após o término é justificado por uma combinação de fatores como recesso de final de ano, férias do casal, faltas (em determinado dia a paciente esqueceu o compromisso) e o processo de adoção, que envolveu viagem para outro estado. No dia da entrevista, foi possível avaliar nova evolução adaptativa, para Grupo 1 – adaptação eficaz, por conta do sucesso no processo de adoção e da manutenção dos ganhos obtidos pela paciente na PBO. No Caso 3, ao término da PBO, Gisele obtém uma evolução no diagnóstico adaptativo em 1 nível, passando de Grupo 4 – adaptação ineficaz severa para Grupo 3 adaptação ineficaz moderada. Após 93 dias foi possível observar que não houve deterioramento do nível adaptativo da paciente, já que ela mantinha o Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada, donde se presume que o resultado do

trabalho da PBO ainda repercutia emocionalmente em Gisele. No caso 4, a PBO terminou com a manutenção na classificação adaptativa de Dorian, passando de Grupo 3 – Adaptação ineficaz moderada em crise para Grupo 3 – adaptação ineficaz severa. Após 98 dias do término da PBO foi realizada a entrevista de acompanhamento, e foi possível observar a manutenção na adaptação da paciente, classificando-a no Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada. Os ganhos da PBO foram mantidos, no que diz respeito à aceitação de perdas e responsabilidades. No caso 5, Vanda terminou a PBO passando de Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada (classificação inicial) para Grupo 1 – adaptação eficaz. Na entrevista de acompanhamento foi constatada a manutenção da classificação adaptativa de Vanda no Grupo 1, o que representa uma manutenção dos ganhos obtidos com a PBO, no que diz respeito a aceitação da perda e de seu momento afetivo-sexual, procurando lidar com a situação. A aplicação da entrevista de acompanhamentos decorridos 183 dias do término da PBO é justificada pelo fato da paciente ter viajado para a Europa (continuação do Doutorado) duas semanas após o término da PBO. Desta forma, antes da viagem, o encontro ficaria inviabilizado, diante do pouco tempo entre o fim da PBO e os 90 dias utilizados como parâmetro para o processo, conforme literatura. (Simon & Yamamoto, 2008; Simon, 2005). No caso 6, Renata evoluiu de Grupo 4 – adaptação ineficaz severa em crise para Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada ao término da PBO. Na entrevista de acompanhamento, foi possível verificar que a PBO contribuiu para a evitação do deterioramento do nível adaptativo, com a manutenção do Grupo 3 – adaptação ineficaz moderada.

Analisando os resultados das entrevistas de acompanhamento nesta pesquisa, verificou-se que a manutenção dos ganhos foi observada em todos os casos de diferentes formas, a saber: aceitação de perdas (casos 1, 2, 3, 4, 5 e 6); evitação do deterioramento do nível adaptativo (casos 3, 4 e 6) e enfrentamento de problemas buscando uma postura mais adequada (casos 1, 2, 3, 4, 5 e 6). Logo, tem-se que estes resultados representam uma transformação na compreensão do momento crítico, percebendo-o não somente como algo negativo, mas como algo que pode ser positivo, construtivo. De forma geral, a PBO ofereceu a possibilidade de evolução adaptativa em 5 dos 6 casos atendidos, o que pode representar também um enriquecimento no desenvolvimento emocional das pacientes desta pesquisa, e uma alternativa para assimilação de novas estratégias para o futuro. Entretanto, as afirmações acima devem ser consideradas parcialmente já que cada indivíduo vivência a crise de forma singular, única, dependendo da percepção da gravidade que este tem do evento crítico.

*“Eu queria que ele sáisse de lá para ver como é difícil a coisa... ele foi um coadjuvante para os meus sonhos... coisa da minha infância... quando eu era criança eu tinha um boneco que fazia tudo que eu queria... acabei casando com um menino...”.*

Vanda

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir que há evidências marcantes de que o tratamento de mulheres em crise por perda (ou expectativa) por meio da PBO é eficaz; 5 das 6 pacientes atendidas nesta pesquisa melhoraram em termos de eficácia adaptativa, constatação feita pela aferição nos níveis evoluídos. Como já dito anteriormente, diante dos limites da pesquisa – estudos de caso com participação de 6 mulheres – estes dados não podem ser generalizados em termos de eficácia da PBO no atendimento a pacientes em crise adaptativa, porém representam uma referência significativa no que diz respeito ao estudo de alguns aspectos metodológicos da PBO em pacientes em crise adaptativa.

Novos e sucessivos estudos devem ser conduzidos com o intuito de confirmar estes resultados na verificação da eficácia da PBO em casos de crise, aumentando a confiabilidade das informações, como nos moldes de Gebara (2009) baseado em um grupo controle e outro experimental, e com uma amostra maior, incluindo ambos os sexos, entre outras características que possam ampliar as contribuições nesta área de conhecimento.

Uma questão de ordem metodológica importante a ser mencionada sobre atendimento em situações de crise refere ao diagnóstico precoce e o tratamento imediato como forma de minorar o sofrimento e evitar complicações futuras. O mais adequado seria o pronto atendimento a pacientes em situações de crise como medida preventiva para o não agravamento do quadro clínico. Diante disso, sugere-se a implantação de serviços de pronto-atendimento em situações de crise, em instituições voltadas para a prevenção em saúde, como clínicas-escolas, hospitais, postos de saúde, escolas com objetivo de atender pontualmente a este tipo de demanda. Espera-se que seja um espaço de escuta, acolhimento e intervenção clínica perante situações de crise, que agiliza o tempo de reação e adesão à ajuda psicoterápica, já que este serviço deve receber a pessoa no momento exato de sua necessidade, sem a necessidade de agendamento prévio.

Importante ressaltar que os resultados desta pesquisa com esta amostra em particular não podem ser amplamente generalizados para a população de mulheres em crise adaptativa que procuram atendimento psicológico, já que detém características específicas, embora possa ser considerada uma referência representativa para um estudo mais amplo.

Concluindo, pelo que foi presenciado e avaliado por este pesquisador durante este processo, o arsenal teórico e técnico da PBO ofereceu contribuições importantes para a interrupção da crise adaptativa e encaminhamento de soluções mais adequadas.

## REFERÊNCIAS<sup>4</sup>

- Altman, M., Yamamoto, K. & Tardivo, L.S.L.P.C. (2007). Psicoterapia Breve Operacionalizada com pessoas idosas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(2), Jul-Dez 2007, 135-144.
- Alves, H. (2001). *Psicoterapia Breve Operacionalizada-PBO com adolescentes da rede pública escolar da cidade de Santos - SP: Uma contribuição à psicologia clínica preventiva*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aun, H.A., Morato, H.T.P., Noguchi, N.F.C. & Nunes, A.P. (2006). Transgressão e juventude encarcerada: outras versões a partir do plantão psicológico em unidades de internação da FEBEM/SP. *Imaginário*, 12(12), São Paulo, jun. 2006, 35-53.
- Bellak, L. & Small, L. (1978). *Psicoterapia de emergência e Psicoterapia Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- Bellodi, P.L. (2007). Retaguarda Emocional Para o Aluno de Medicina da Santa Casa de São Paulo (REPAM): realizações e reflexões. *Revista brasileira de educação médica.*, 31(1), 5-14. Recuperado em 29 de novembro de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n1/02.pdf>
- Camargos, A.L. & Nascimento, E. (2009). Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(4), 437-443. Recuperado em 04 de maio de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/04.pdf>
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Carvalho, F.L. (2006). *O impacto da queimadura e a experiência do familiar frente ao processo de hospitalização*. Dissertação de Mestrado, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Correa, K.R.F.C, Vizzotto, M.M. & Cury, A.F. (2004). Eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), maio/ago 2007, 363-370. Recuperado em 13 de outubro de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a17.pdf>
- Cortez, M.B., Padovani, R.C., & Williams, L.C. A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(1), 13-21. Recuperado em 4 de agosto de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a02.pdf>
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da Psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (PUC – Campinas)*, 9(2), 381-387. Recuperado em 28 de junho de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a21v9n2.pdf>

<sup>4</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Enéas, M. L. E. (2000). Fundamentos da mudança psíquica: recursos para o manejo da psicoterapia breve. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 75-94.
- Erikson, E.H. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International University Press.
- Erikson, E.H. (1971). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1950)
- Faundes, A., Rosas, C.F., Bedone, A.J. & Orozco, L.T. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(2), 126-135. Recuperado em 25 de maio de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>
- Ferreira, A.B.H. (1984). *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1. ed. edição (14ª impressão) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira, E. (1997). *Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situações de crise*. (2nd. ed.). São Paulo: Ágora.
- Freeman, A. & Dattilio, F.M. (2004). Introdução. In: A. Freeman, & F.M. Dattilio. (orgs.). *Estratégias cognitivo – comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, M.R.I., Gir, E., Furegato, A.R.F. (2002). Sexualidade do Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): Um Estudo com base na Teoria da Crise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, jan-fev, 10(1), 70-76.
- Fiorini, H. J. (1983). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. (C. Sussekind, trad.; 5a ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Fonseca, R.M.G.S. & Forcella, H.T. (2006). A potencialidade da oficina de trabalho para lidar com sentimentos vivenciados na crise. In: 58 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador.
- Forthun, L.F., McCombie, J.W. & Freado, M. (2006). A study of a LSCI ina school setting. *Reclaiming Children & Youth*, 15(2), 95-102.
- Furigo, R.C.P.L., Sampedro, K.M., Zanelato, L.S., Foloni, R.F., Ballalai, R.C. & Ormrod, T. (2008). Plantão psicológico: uma prática que se consolida. *Boletim de Psicologia*, 58(129), 185-192.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gebara, A. C. (2003). *Como interpretar na psicoterapia breve psicodinâmica*. São Paulo: Vetor.
- Gebara, A. C., Rosa, J. T., Simon, R. & Yamamoto, K. (2004). Eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve. *Psic*, 5 (1), 06-15.

- Gebara, A. C. (2009). *Pesquisa sobre a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hegenberg (2004). *Ética e técnica da psicoterapia breve na clínica contemporânea*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Heleno, M.G.V. (1992). *Estudo da Eficácia Adaptativa e do controle glicêmico em pacientes com diabetes tipo II*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Laplanche, J. (2004). *Vocabulário da Psicanálise Laplanche e Pontalis* (P. Tamem, trad., 4ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Leavell, H.R. & Clark, E.G. (1965). *Preventive Medicine for the doctor in his Community*. New York: Mc Graw-Hill
- Lemgruber, V. (1995). *Psicoterapia Focal: o Efeito Carambola*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of Psychiatry*, 101 (9), 141-148.
- Oliveira, E. P. (2001). Eficácia da psicoterapia breve operacionalizada com pacientes com hipertensão essencial. *Mudanças*, 9(16), 64-85.
- Kahtuni, H. C. (1996). *Psicoterapia Breve Psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. São Paulo: Editora Escuta.
- Klein, M. & Riviere, J. (1975). *Amor, ódio e reparação*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.
- Klein, M. (1991). *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago.
- Malan, D. (1976). *As fronteiras da Psicoterapia Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- Malan, D (1979). *Psicoterapia Individual e a Ciência da Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Martins, J. & Bicudo, M. A.V. (1988). *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Moraes/Educ.

- Mazzotti, T. (2007). *Eficácia adaptativa de mulheres, com história de abortamento, paciente de um ambulatório de reprodução humana*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Mazutti, S.R.G. & Kitayama, M.M.G. (2008). Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(2), Rio de Janeiro, dez 2008. Recuperado em 29 de agosto de 2010, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n2/v11n2a10.pdf>
- Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., Berman, A. (2007). Comparing Models of Helper Behavior to Actual Practice in Telephone Crisis Intervention: A Silent Monitoring Study Of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), June 2007, p. 291-307.
- Moffatt, A. (1982). *Terapia de crise*. São Paulo: Cortez.
- Moraes, S.S. (2005). *Clinica psicanalítica: fatores de risco em doença arterial coronária, rede social de apoio e crise emocional*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.
- Morrison, J.Q. (2007). Social validity of the critical incident stress management model for school-based crisis intervention. *Psychology in the Schools*, 44, 765-777.
- Novalis P.N., Rojcewicz S.J. Jr. & Peele, R. (1993). *Clinical Manual of Supportive Psychotherapy* (1<sup>st</sup> edition). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Peres, R.S., Santos, M.A. & Coelho, H.M.B. (2003). Atendimento psicológico a estudantes universitários: Considerações acerca de uma experiência em clinica-escola. *Estudos de Psicologia (PUC Campinas)*, 20(3), 47-57. Recuperado em 15 de maio de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v20n3/a04.pdf>
- Peres, R.S., Santos, M. A. & Coelho, H.M.B. (2004). Perfil da clientela de um programa de pronto atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 47-57. Recuperado em 15 de maio de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a07.pdf>
- Phipps, A. B. & Byrne, M. K. (2003) Brief interventions for a secondary trauma: review and recommendations. *Stress and Health*, 19, 130-147.
- Pinsker, H. (1997). *A Primer of Supportive Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Rabelo, I.S. & Santos, L.M.S.P. (2006). O desafio do Plantão Psicológico para o plantonista. In: C. Ramos; G.G. Silva & S. Souza; (Org). *Práticas psicológicas em instituições: Uma reflexão sobre os serviços-escola*. (pp. 379-387). São Paulo: Editora Vetor.
- Rey, F.L.G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Rocha, G.M.A. (2002). Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida: precisão e validade com pessoas idosas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. New York: Basic Books.
- Rodriguez, M.C., Diaz, P, Niño, S., Samudio, M. & Silva, M. (2005). El Desplazamiento Como Generador de Crisis: Un Estudio em Adultos y Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2), p. 33-43.
- Rosa, J.T. (1995a). Contribuições da EDAO para a psicologia clínica preventiva: ensino, clínica e pesquisa. *Mudanças (São Bernardo do Campo)* 3 (3/4), 109-110.
- Rosa, J.T. (1995b). Fundamentos da construção da Escala do Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado. *Mudanças (São Bernardo do Campo)* 3(3/4), 9-12.
- Rossini, S.R.G. (2001). Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função alfa. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, USP.
- Sá, S.D., Werlang, B.S.G. & Paranhos, M.E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). Recuperado em 14 de janeiro de 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a08.pdf>
- Safra, G. (2000). Psicoterapia breve, uma reflexão. *Psyché*. 4(5), 133-139.
- Sakamoto, C.K. (1990). *Livres associações sobre o estado de crise emocional: perspectiva de compreensão psicodinâmica da capacidade criativa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Slaiku, K.A. (1990). *Crisis Intervention* (2nd. Ed.). Boston: Allyn e Bacon.
- Sifneos, P. E.(1993). *Psicoterapia breve provocadora de ansiedade*. Porto Alegre : Artes Médicas.

- Sifneos, P. E. (1989). *Psicoterapia dinâmica breve: avaliação e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simon, R. (1981). *Formação do psicoterapeuta para a realidade brasileira*. Boletim Psicologia SPSP, 33(81): 63-73.
- Simon, R. (1986). *Do diagnóstico à psicoterapia breve*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 445(7): 403-408.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1996). *Do diagnóstico à psicoterapia breve*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 445(7): 403-408.
- Simon, R. (1999). *Concordâncias e divergências entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. *Jornal Brasileiro de Psicanálise*, 32(58/59): 245-264.
- Simon, R. (2000). *Psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia breve?* Trabalho apresentado no 4. Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica. Universidade de São Paulo – SP.
- Simon, R. (2001). *Manejo da transferência e da contratransferência na psicoterapia psicanalítica*. Trabalho apresentado no 5. Encontro do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica, 05-17. Universidade de São Paulo-SP.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada. Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. (2009). *Prevenção da insônia em bebês*. *Mudanças, Psicologia da Saúde*, 17(1), jan-jun 2009, 22-26.
- Simon, R., Yamamoto, K. (2008). *Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa*. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(2), Jul-Dez 2008, 144-151.
- Simon, R., Yamamoto, K. (2009). *Psicoterapia breve operacionalizada na clínica privada*, *Aletheia* 30, jul/dez 2009, 172-182.
- Souza, C.L. (2005). *Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais*. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 1(2), dez. 2005, Rio de Janeiro, 87-94.
- Sterian, A. (2000). *Emergências Psiquiátricas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, R.C. (2008). *Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo.

- Torres, E. P. (2004). *Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional. Primeros Auxílios Psicológicos*. Recuperado em 14 de janeiro de 2010, de <http://members.fortunecity.es/esss1/Jornadas97ParadaE.htm>
- 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, RJ: Vozes.
- Ulanin, C. (1987). *Comparação da Evolução de Tuberculosos Conforme Escala Diagnóstica Operacionalizada e Psicoterapia Breve*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Universidade de São Paulo. Sistema integrado de bibliotecas SIBi/USP. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso. Parte II (APA). Recuperado em 26 de setembro de 2010, de [http://www.sibi.usp.br/sibi/produtos/imgs/Caderno\\_Estudos\\_9\\_PT\\_2.pdf](http://www.sibi.usp.br/sibi/produtos/imgs/Caderno_Estudos_9_PT_2.pdf)
- Viana, V., Guimarães, H., Maia, T., Ramos, M. & Mendes, F. (2005). Apoio a mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 119-130.
- Yamamoto, K. (1984). *Estudo da Validade de Questionamento para Triagem da Adaptação numa População Universitária*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Yamamoto, K. (1990). *Estudo do método e resultados da psicoterapia da família*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Yamamoto, K. (1991). A terapia familiar em Psicologia Clínica Preventiva. *Revista Grupal, São Paulo* 1 (1), 34-40.
- Yamamoto, K. (1997). Validade do questionário EPM e seu uso para triagem e seleção de população universitária. *Mudanças*, 3 (3/4), 65-81.
- Yamamoto, K. (2004a). *Aspectos Metodológicos da Psicoterapia Breve Operacionalizada*. (trabalho apresentado na I Jornada de Psicoterapia Breve). Associação de Psicoterapia e Estudos Psicanalíticos. Comunicação Oral.
- Yamamoto, K. (2004b). Estudo da Eficácia Adaptativa de Trabalhadoras Noturnas Sugerindo Psicoterapia Breve Operacionalizada na Empresa. *Mudanças (São Bernardo do Campo), Universidade Metodista* 12 (1), 115-140.
- Yamamoto, K., Simon, R. (2006). Eficácia da Adaptação de pessoas com hipertensão essencial e uma avaliação com o Teste Estilocrômico. *Mudanças (São Bernardo do Campo)* 14, 171-185.

- Yoshida, E.M.P. (1998). *Avaliação de mudança em processos terapêuticos*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 115-127.
- Yoshida, E.M.P. (2001). *Psicoterapia breve psicodinâmica: critérios de indicação*. Trabalho apresentado na mesa redonda “Reflexões sobre psicoterapia breve”, no I Congresso de Psicologia Clínica, Universidade Presbiteriana Mackenzie, entre 14 e 18 de maio de 2001, São Paulo, SP.
- Yoshida, E.M.P., Primi, R., Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(3), set./dez. 2003, 7-21.
- Yoshida, E. M. P., Enéas, M. L. E. (2004). *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. Campinas, SP: Alínea.
- Yoshida, E. M. P., Júnior, S.E., Silva, F.R.C.S., Júnior I.F., Sanches, F.M., Penteado, E.F., Massei, A.C., Rocha, G.M.A., Enéas, M.L.E. (2009). Psicoterapia psicodinâmica breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. *Psico-USF*, 14(3), set/dez 2009, 275-285.
- Younes, J.A., Lessa, F., Yamamoto, K., Coniaric, J. & Ditzz, M. (2010). Psicoterapia Breve Operacionalizada e crise por expectativa de perda: Um estudo de caso. *Psicologia Argumento*, 28(63), out-dez 2010, 303-311.

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Eu, Jaber Ali Younes, psicólogo, CRP 06/87989, telefone (11) 81613788, estou desenvolvendo a pesquisa **UM ESTUDO COMPARATIVO EXPLORATÓRIO SOBRE A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA EM SITUAÇÕES DE CRISE ADAPTATIVA** sob orientação da Profa. Dra. Kayoko Yamamoto. Para fazer esta pesquisa atenderei até o número máximo de 10 pessoas que procuraram apoio psicológico. Esta pesquisa tem basicamente o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a eficácia da Psicoterapia Breve Operacionalizada em crises. O atendimento psicológico tem o número de 12 sessões, uma vez por semana, com duração de cinquenta minutos em cada sessão. Ao fim destas doze sessões, caso se faça necessário prolongar o atendimento, este pesquisador se responsabiliza no cumprimento deste trabalho. O número de sessões a serem realizadas para finalizar o atendimento será determinado pelo pesquisador juntamente com sua orientadora, de acordo com a especificidade e necessidade do caso.

É muito importante que os Sr (a) (s), saiba(m) que:

- **Podem(m) a qualquer momento pedir informações e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa;**
- **Pode(m) a qualquer momento resolver interromper a participação na pesquisa. A desistência na participação da pesquisa não implica na interrupção do atendimento psicológico dos pacientes;**
- **As informações e os dados que o (a) Sr(a)(s) fornecer(em), serão utilizados para fins de pesquisa e eventuais publicações, porém serão observados o sigilo e a confidencialidade dos mesmos;**
- **Embora essa pesquisa não envolva riscos à sua integridade física e psicológica, caso sinta necessidade, pode entrar em contato com o pesquisador pelo telefone acima, mesmo fora dos horários marcados.**

**Declaro que, depois de ter recebido esclarecimentos pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.**

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

**Jaber Ali Younes**  
**Pesquisador**

**Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal**  
**RG:**