



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – Rio de Janeiro.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

“A construção de um psicoterapeuta: formação e habilidades.”

Autora: MANUELA CORRÊA BORGES
Professora orientadora: HELENE SHINOHARA
Avaliadores: Regina Pontes e Maria Inês Bittencourt

Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia II

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2006.

Endereço para correspondência: Avenida Ayrton Senna 233, apto. 1203. Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22793-000.
Contato: (21) 2433-1122 / (21) 8111-9282

“A construção de um psicoterapeuta: formação e habilidades.”

RESUMO

A formação profissional tem sido cada vez mais valorizada no mercado de trabalho, entretanto, a graduação mostra-se insuficiente, sendo apenas o primeiro passo de uma longa caminhada rumo ao aprimoramento profissional. Nesta etapa, começam-se a se construir as habilidades gerais necessárias à profissão escolhida e algumas competências passam a ser valorizadas e aprimoradas. Durante a graduação em Psicologia, habilidades pessoais são demandadas e um aprofundamento teórico-técnico é requisitado. Este trabalho se propôs a refletir sobre a literatura acerca da formação do psicólogo e a avaliar o quão preparado e confortável os alunos e recém-formados se sentem no início do desempenho de sua profissão. Alunos dos últimos anos de formação e profissionais recém-formados participaram deste estudo cujo instrumento utilizado, um questionário, foi construído especificamente para este trabalho. Os resultados, de maneira geral, apontam que os alunos e recém-formados fizeram uma auto-avaliação positiva acerca do desempenho de habilidades interpessoais e da aplicação do arcabouço teórico-técnico aprendido, na sua prática clínica. As avaliações subjetivas de desempenho de habilidades interpessoais e de interação foram melhores que as de aplicação do conhecimento adquirido, na prática cotidiana da função terapêutica. Desta forma, a pesquisa mostrou-se congruente com a literatura que ressalta a necessidade de contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico da profissão, a partir da experiência clínica cotidiana.

Palavras-chave: formação profissional; habilidades interpessoais; psicoterapia.

ÍNDICE

Capítulo 1 – Formação acadêmica	04
- Breve histórico sobre o currículo	
- Currículo atual – habilidades e competência para a graduação em psicologia	
- A formação teórica	
- A supervisão clínica	
- A transição de estudante para profissional	
Capítulo 2 – Relação terapêutica	24
- Aliança terapêutica	
- Transferência e contratransferência	
- Fatores de mudança	
Capítulo 3 – Características pessoais desejáveis e habilidades profissionais necessárias aos terapeutas	35
Capítulo 4 – Metodologia	48
Capítulo 5 – Resultados	50
Capítulo 6 - Discussão dos resultados	56
Capítulo 7 – Considerações finais	61
Referências Bibliográficas	63
Anexos	66

CAPÍTULO 1: FORMAÇÃO ACADÊMICA

Breve histórico sobre o currículo

Partindo-se do objetivo deste estudo, serão inicialmente comentados alguns aspectos relevantes sobre a formação em Psicologia que dizem respeito à construção do currículo deste curso. A profissão de psicólogo foi criada em 1962, através da lei 4.119, de 27 / 08 / 1962, porém o primeiro currículo mínimo oficial, fixado pelo Conselho Federal de Educação, só foi reconhecido em 1963, espelhando um conjunto de práticas já exercidas, principalmente, por pedagogos, e conteúdos ensinados em alguns poucos cursos de psicologia já existentes nesta época. Neste momento, a prática da psicologia estava voltada, principalmente, à doença mental e ao ajustamento educacional (Chaves, 1992). A partir do primeiro currículo mínimo e da primeira turma formada pela PUC, do Rio de Janeiro, nos primeiros anos da década de sessenta, ocorreu uma ampliação das áreas clínica e de psicométrica, bem como das áreas de especialização (Jr., Armando, 1999). Com o governo militar, os avanços da Psicologia e suas conquistas foram retardados e houve uma modificação no currículo mínimo. Em 1969, ocorreu uma reforma universitária que estimulou a criação de diversos cursos de Psicologia em faculdades particulares, porém esta ampliação se deu de forma descontrolada o que propiciou uma baixa qualidade de ensino e, segundo Chaves (1992), uma formação muito precária para os estudantes.

Desde a criação oficial da profissão até os anos 90, os próprios psicólogos encontravam-se incomodados com a sua formação acadêmica mesmo tendo ocorrido momentos importantes de transformação no currículo nesse espaço de tempo. Um destes momentos foi entre 1970 e 1980 que, apesar de ter havido tentativas de reestruturação do currículo, apenas alguns acréscimos se concretizaram; e, entre 1991 e 1999 que, a partir de discussões mais fundamentadas, o currículo oficial pôde finalmente ter alterações marcantes para a formação acadêmica dos psicólogos – com resultados, entretanto, ainda inconclusos. Desde o início dos anos 90, vem se discutindo mais intensamente a melhor forma de se administrar e coordenar a Psicologia no Brasil. Em 1992, foram fundamentados alguns princípios norteadores para a formação acadêmica (Jornal do CRP – Set./Out., 1992 – citado em Jr., Armando, 1999): desenvolver a consciência política de cidadania e o compromisso com a realidade social e com a qualidade de vida; desenvolver a atitude de construção do conhecimento –

ênfatizando uma postura crítica, investigadora, e criativa – fomentando a pesquisa num contexto de ação-reflexão-ação, bem como viabilizando a produção técnico-científica; desenvolver o compromisso de ação cotidiana, baseada em princípios éticos; desenvolver o sentido de universidade contemplando a interdisciplinariedade; desenvolver a formação básica pluralista, fundamentada na discussão epistemológica visando a consolidação de práticas profissionais, conforme a realidade sócio-cultural; desenvolver uma concepção de homem, compreendido em sua integralidade e na dinâmica de suas condições concretas de existência; e, desenvolver práticas de interlocução entre os diversos segmentos acadêmicos, para a avaliação permanente do processo de formação.

Entretanto, posteriormente, em 1994, no Congresso Nacional Constituinte, poucos avanços foram conseguidos em termos de reformulação da formação profissional, ficando decididos apenas dois princípios de ação para implementação imediata (Jornal do CRP – Set./Out., 1994 – referido em Jr., Armando, 1999): a formação deverá ser básica e consistente, mantendo a concepção do psicólogo generalista e abrangendo as variadas abordagens psicológicas e áreas de atuação; e a formação deverá desenvolver a postura científica, sempre voltada à produção de conhecimento, encarando a Psicologia como algo não acabado e respeitando a interdisciplinariedade com outras áreas.

Os últimos acontecimentos acerca da reestruturação curricular em Psicologia vêm ocorrendo desde 1995, quando psicólogos e agências formadoras, a pedido dos Conselhos Federal e Regional de Psicologia, foram solicitados a enviar propostas de modificações para o currículo. E, em 1998, foi instalada uma Comissão de Especialistas, indicada pelo Ministério da Educação, com a missão de estudar e propor uma nova direção para a formação em Psicologia.

Em março de 1998, a primeira minuta de Resolução dos Especialistas foi calcada numa perspectiva da Psicologia como ciência funcionalista, comportamental, em que eram descritas algumas habilidades necessárias a um profissional psicólogo, tais como saber pesquisar, fazer resumos, etc, e na qual também era sugerida a redução da duração do curso de graduação para três anos. Tal resolução recebeu muitas críticas e despertou profissionais para a referida discussão, ficando, de um lado, a maioria das instituições de ensino, defendendo um modelo de ensino generalista e científico; e, de outro lado, o governo e alguns segmentos das instituições, pressionando na direção de um curso mais enxuto e tecnicista, voltado a atender às demandas do mercado (Jornal PSI, 1999).

Em 1999, os responsáveis por cursos de graduação sentiram o efeito do trabalho desta comissão que encaminhou, a cada instituição, uma minuta das Diretrizes Curriculares da Graduação em Psicologia. Essa Lei determinou uma reforma estrutural nos modelos de ensino propondo que este fosse definido em termos de competência e habilidades e não mais por uma grade de disciplinas com nomenclaturas, conteúdos e cargas horárias rigidamente definidas pelo MEC. Este documento também tratou das três etapas da formação – Licenciatura, Bacharelado e Formação de Psicólogo –, bem como de outros aspectos fundamentais acerca da formação acadêmica nesta profissão.

Currículo atual – habilidades e competências para a graduação em Psicologia

No ano de 2001, foram, então, oficialmente aprovadas, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia. Este documento continha o conjunto de princípios gerais norteadores da formação em Psicologia – bem próximos aos descritos em 1992 – que remetem à construção e desenvolvimento do conhecimento científico; à compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais; à compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais, e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão; à atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades; ao respeito à ética nas relações e com clientes e usuários, com colegas e com o público, e na produção e divulgação de pesquisas; e aprimoramento e capacitação continuadas.

Tais Diretrizes visavam também a organização de uma base estruturante para os cursos de graduação, priorizando, desta forma, a diversidade de perspectivas teóricas e metodológicas no estudo dos fenômenos psicológicos e suas múltiplas interfaces com as ciências da vida, e com as ciências humanas e sociais.

Cuidou-se também para não reduzir a formação ao domínio de tecnologias de intervenção – técnicas e ferramentas -, equilibrando uma formação que fosse básica e, ao mesmo tempo, profissionalizante. Foram elaboradas ênfases curriculares que configuram a oportunidade de concentração e aprofundamento de estudos em algum domínio de atuação profissional, circunscrevendo um conjunto de competências,

habilidades e conhecimentos diferenciados para a sua formação. Os estágios profissionais também receberam atenção especial visando uma melhoria nos padrões de serviços prestados pelo profissional de Psicologia. Foram indicadas sérias exigências e recomendações para aprimorar ainda mais a articulação entre os estágios e as habilidades e competências específicas, previstas na ênfase curricular escolhida pelo aluno. Além disso, as etapas de formação – Bacharelado, Licenciatura e Formação – receberam aprofundamentos diferenciados, a partir do núcleo básico de formação.

Segundo as Diretrizes Curriculares, a formação em Psicologia deve ter como objetivos gerais prover o aluno de Graduação de conhecimentos básicos necessários para exercer as seguintes *competências e habilidades gerais*: atenção à saúde (desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial); tomada de decisão (ter o trabalho fundamentado na capacidade de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas); comunicação (acessibilidade e confiabilidade do profissional, bem como possuir comunicação verbal, não-verbal, e habilidades de leitura e escrita adequadas e eficazes, além de ter o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação); liderança (aptidão em assumir posições de liderança, envolvendo compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz); administração e gerenciamento (profissionais devem ser aptos a tomar iniciativa, fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos, de materiais e informação, sendo empreendedores, gestores, empregadores ou líderes nas suas equipes de trabalho); educação permanente (capacidade de aprender continuamente, ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais).

Além disso, a formação básica deve incluir a articulação das competências e habilidades à aquisição dos fundamentos teórico-metodológicos (apropriação crítica do conhecimento, bem como dos diferentes métodos e estratégias de produção do conhecimento científico em Psicologia), dos procedimentos para a investigação científica e a prática profissional (domínio de instrumentos e estratégias de avaliação e de intervenção além da competência para selecioná-los, avaliá-los e adequá-los ao problema em investigação, assim como a inserção do graduando em diferentes contextos institucionais e sociais), dos fundamentos epistemológicos e históricos (linhas de pensamento em psicologia e bases epistemológicas na construção do saber

psicológico), dos fenômenos e processos psicológicos (objetos de investigação, modelos explicativos, desenvolvimentos recentes e atuação no domínio da psicologia) e das interfaces com campos afins do conhecimento (permitir a compreensão integral e contextualizada dos fenômenos psicológicos).

Tais aspectos circunscrevem os eixos estruturantes do curso de graduação e devem ser compartilhados com os alunos a partir de aulas, conferências e palestras; exercícios em laboratório de Psicologia; observação e descrição do comportamento em diferentes contextos; projetos de pesquisa desenvolvidos por docentes do curso; práticas didáticas na forma de monitoria, demonstrações e exercícios; consultas supervisionadas em bibliotecas para identificação crítica de fontes relevantes; aplicação e avaliação de estratégias, técnicas, recursos e instrumentos psicológicos; visitas documentadas através de relatórios a instituições e locais onde estejam sendo desenvolvidos trabalhos envolvendo profissionais de psicologia; projetos de extensão universitária; e práticas integrativas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e competências em situações de complexidade variada, representativas do efetivo exercício profissional, sob a forma de estágio supervisionado.

O núcleo comum da formação, definido por um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades, confere ao curso de psicologia a sua identidade e estabelece uma base homogênea e uma capacitação básica para a formação em todo o país. Além dos ramos de conhecimento acima descritos, fazem parte do núcleo comum as seguintes *competências básicas*:

- Identificar e analisar necessidades de natureza psicológica, diagnosticar, elaborar projetos, planejar e intervir de forma coerente com referenciais teóricos e características da população-alvo;
- Identificar, definir e formular questões de investigação científica no campo da psicologia, vinculando as decisões metodológicas quanto à escolha, coleta e análise de dados em projetos de pesquisa;
- Escolher e utilizar instrumentos e procedimentos de coleta de dados, tendo em vista a pertinência e os problemas quanto ao uso, construção e validação;
- Avaliar problemas humanos de ordem cognitiva, comportamental e afetiva, em diferentes contextos;
- Saber buscar e usar conhecimento científico necessário à atuação profissional, assim como gerar conhecimento da prática profissional;

- Coordenar e manejar processos grupais, considerando as diferenças de formação e de valores dos seus membros;
- Atuar inter e multiprofissionalmente, sempre que a compreensão dos processos e fenômenos envolvidos assim o recomendar;
- Relacionar-se com o outro de modo a propiciar o desenvolvimento de vínculos interpessoais requeridos na sua atuação profissional;
- Elaborar relatos científicos, pareceres técnicos, laudos e outras comunicações profissionais, inclusive materiais de divulgação.

Como orienta as Diretrizes Curriculares, tais competências básicas devem se apoiar nas *habilidades* de:

- Levantar informação bibliográfica em indexadores, periódicos, manuais técnicos e outras fontes especializadas, através de meios convencionais e eletrônicos;
- Ler e interpretar comunicações científicas e relatórios técnicos na área da psicologia;
- Utilizar os métodos experimental, de observação e outros métodos de investigação científica;
- Planejar e realizar entrevistas com diferentes finalidades e em diferentes contextos;
- Analisar, descrever e interpretar relações entre contextos e processos psicológicos e comportamentais;
- Analisar e descrever e interpretar manifestações verbais e não-verbais como fontes primárias de acesso a estados subjetivos;
- Utilizar recursos da matemática, da estatística e da informática para a análise e apresentação de dados e para a preparação das atividades profissionais.

Devido à diversidade de orientações teórico-metodológicas, práticas e contextos de inserção profissional, o curso de graduação diferencia-se em *ênfases curriculares*, ou seja, um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em um ou mais dos domínios da psicologia, que são: psicologia e processos de investigação científica; psicologia e processos educativos; psicologia e processos de gestão; psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde; psicologia e processos clínicos; e psicologia e processos de avaliação diagnóstica. As ênfases devem incorporar estágio

supervisionado estruturado para garantir o desenvolvimento das competências específicas previstas a cada uma delas.

Segundo o mesmo código, uma parte imprescindível da formação em psicologia se refere aos estágios supervisionados. Estes são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora, de cunho obrigatório, e que procuram assegurar a consolidação e articulação das competências estabelecidas pelo núcleo comum e pelas ênfases curriculares. Além disso, visam assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais.

Os estágios podem se estruturar em dois níveis: o básico – que inclui o desenvolvimento de práticas integrativas das competências e habilidades previstas no núcleo comum-; e o específico, que engloba o desenvolvimento de práticas integrativas das competências, habilidades e conhecimentos relacionados ao perfil de formação.

Os perfis de formação dizem respeito a um conjunto amplo e articulado de competências que configuram possibilidades diferenciadas de inserção profissional do graduando: Bacharel em Psicologia, Professor de Psicologia ou Psicólogo.

O Bacharel exigirá aprimoramento das habilidades e competências para: analisar a psicologia como campo de conhecimento, bem como seus desafios teóricos e metodológicos contemporâneos; formular questões de investigação científica; problematizar o conhecimento científico disponível; planejar estratégias para questões de investigação coerentes com pressupostos teóricos e metodológicos; definir e utilizar procedimentos e instrumentos para a coleta de informações; elaborar e utilizar procedimentos apropriados de investigação para análise e tratamento de dados de diferentes naturezas; consolidar decisões relativas ao processo de investigação em projetos de pesquisa, articulando elementos conceituais, metodológicos e recursos necessários; redigir relatório de pesquisa dentro de normas academicamente reconhecidas; e, apresentar trabalhos e discutir idéias em público.

À formação do Professor de psicologia, caberá enfatizar as habilidades e competências relativas: a analisar o sistema educacional brasileiro, identificando seus desafios contemporâneos; analisar a unidade do sistema educacional em que atua, nas suas dimensões institucional e organizacional, explicitando a dinâmica de interação entre os seus agentes sociais; ajustar sua atividade de ensino à diversidade de contextos educacionais, às finalidades da educação e à população-alvo; planejar as condições de

ensino, considerando as características e necessidades dos aprendizes; utilizar recursos de ensino apropriados aos contextos, população-alvo e finalidades; e, acompanhar e avaliar o processo de ensino que desenvolve.

A formação do Psicólogo deve desenvolver, adicionalmente à formação do núcleo básico, as seguintes competências: analisar o campo de atuação do psicólogo e seus desafios atuais; analisar o contexto que atua profissionalmente nas suas dimensões institucional e organizacional, explicitando a dinâmica de interação entre os seus agentes sociais; atuar em diferentes contextos na promoção da saúde, do desenvolvimento e da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades; atuar em diferentes níveis de intervenção, de caráter preventivo ou terapêutico, considerando as características das situações e dos problemas específicos; realizar diagnóstico e avaliação de processos psicológicos de indivíduos, de grupos e de organizações; realizar orientação, aconselhamento psicológico e psicoterapia; intervir em processos grupais em diferentes contextos; elaborar laudos, relatórios e outras comunicações profissionais; e apresentar trabalhos e discutir idéias em público.

A formação teórica

A partir da descrição anterior acerca do currículo, na formação em Psicologia, alguns aspectos da formação teórica tornam-se relevantes e devem ser pormenorizados. Kerbauy (2001) diz que o repertório do terapeuta é formado pelo estudo, pela observação clínica, pela reflexão e análise da sua prática clínica, pela discussão com colegas e por palestras sobre os temas relevantes para seu trabalho. Em seguida, afirma que *“a perspicácia e a sensibilidade do terapeuta fundamentada em conhecimentos de psicologia é que faz a diferença entre ‘auxiliar a resolver problemas’ e ser terapeuta que investe na melhora de vida, resolução de problemas e felicidade”* (p.453). Assim, a autora enfatiza a importância de uma formação teórica rica e consistente, aliada ao desenvolvimento de habilidades gerais e outras ainda mais refinadas, para a formação de um bom profissional.

Esta mesma autora ressalta que *“não é somente a acuidade de sentir e entender pessoas, mas conhecimento e habilidade, que podem ser ensinados formalmente e aprimorados no decorrer dos anos”* (p.444), endossando as Diretrizes Curriculares acima descritas e reafirmando a importância da aprendizagem de novas habilidades para o bom desempenho da profissão.

É parte relevante da formação do terapeuta a aprendizagem de conhecimentos teóricos, uma vez que estes, além de embasarem coerentemente a prática clínica de acordo com as diferentes teorias e escolas terapêuticas, descrevem técnicas e suas fundamentações, fornecem ferramentas ao terapeuta para descrever e respaldar a sua prática sempre que precisar responder questões trazidas pelo cliente sobre o processo terapêutico, fornecem informações teóricas aos profissionais acerca de patologias e síndromes que ajudam a melhor entender a queixa e os problemas trazidos pelo seu cliente e possibilita que o profissional auxilie seu cliente, de modo adequado, responsável e coerente, de maneira que este possa empregar recursos pessoais e ambientais para viver melhor.

Deitos e Gil (1979) atentam para o fato de que o conhecimento da clínica psiquiátrica é básico e deve ser incluído na formação dos psicoterapeutas. Além disso, afirmam que a psicoterapia é uma disciplina que tem de ser aprendida não só na própria prática clínica, mas também através das experiências de vida.

Guilhardi (1987) atenta para o fato de que *“a teoria deve nortear o profissional, e este, no contato direto com os dados que emanam do cliente, deve revê-la, ampliá-la e consolidar seus aspectos, e não o oposto, isto é, rever e alterar o cliente para salvar a teoria”* (p. 319).

Kerbaux (2001) também se refere à manutenção do estudar e à atualização como sendo partes essenciais da formação teórica. Adquirir o hábito de estudar regularmente, para muitas pessoas é difícil, porém ela sugere que cada um crie uma forma divertida de responder a essa necessidade, como por exemplo, criar perguntas para o texto lido, refletir sobre o quanto determinada leitura contribui para a sua prática clínica, examinar os objetivos do autor, dentre outras estratégias, e ainda completa: *“Essa necessidade de atualizar-se, ler, pensar e observar é compartilhada por inúmeros autores”* (p. 446).

A mesma autora lembra a importância do psicólogo recorrer a outras informações, fora de sua área, para que lide com as sessões e com os diferentes clientes sem preconceitos e para que compreenda os problemas em seus contextos sociais, políticos, econômicos, ambientais, pessoais, etc. Salienta-se, ainda, a necessidade de o terapeuta tentar receber uma pessoa sem julgamentos antecipados, buscando desenvolver um pensamento crítico e não plenamente influenciado de referências e aprendizagens pessoais.

Dessa forma, pode-se perceber que uma formação teórica consistente, ou seja, que envolva dedicação, responsabilidade e consciência – através de leituras, redação de

trabalhos e avaliações – é necessária para a aquisição de conhecimentos básicos sobre teorias e escolas terapêuticas. Entretanto, não é suficiente para a aprendizagem de como interagir com um cliente em uma sessão de terapia, na qual nada daquilo que sabem fazer parece ser suficientemente bom para lidar com tal situação (Dreiblatt; Barach; Nadelman; Zaro, 1980).

É comum que os terapeutas iniciantes se sintam pouco à vontade diante do cliente e pouco preparados para exercer este novo papel. Gongora (1997) afirma que há sérias deficiências na introdução do aluno ao atendimento psicoterápico, pois esta fase da graduação não tem sido valorizada nos cursos de Psicologia atualmente oferecidos, assim, o aluno acaba tendo que saltar da teoria para a prática clínica com todas as inseguranças e problemas que isso possa gerar, tanto para ele quanto para o cliente. Como professora de graduação, esta autora vem tentando demonstrar como um programa sistemático de ensino da entrevista clínica pode contribuir imensamente na formação de psicoterapeutas.

Baptistussi (2001) reforça a noção de que o repertório teórico do terapeuta é parte importante de sua formação *“para que seja realizada uma intervenção adequada e responsável, pois é ele que direciona o atendimento, fundamentando sua atuação”* (p.154). Dessa forma, relata que o conhecimento teórico permite uma melhor ordenação e desenvolvimento da prática, pois fornece condições para a tomada de decisões e interpretações no que diz respeito às técnicas e procedimentos em questão. Para finalizar este assunto, afirma que *“Não basta somente ser um terapeuta simpático, empático e competente socialmente, na medida em que o processo terapêutico lida com sérios problemas que necessitam uma prática bem fundamentada e exigem uma solução.”* (p. 155).

Assim, a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e profissionais a partir, principalmente, da prática clínica supervisionada se faz necessário e mostra-se extremamente relevante para a formação dos profissionais de Psicologia. Os alunos, segundo Gongora (1997), precisam colocar-se no papel de terapeutas, comportar-se como tal e não apenas abordarem a psicologia à distância, discutindo textos e teorias.

A supervisão clínica

Gongora (1997), após pesquisa junto a alunos de graduação, confirmou sua opinião de que os cursos de graduação em psicologia carecem de mais disciplinas práticas que ensinem aos alunos habilidades profissionais básicas, antes deles iniciarem atendimento clínico nos estágios obrigatórios.

A passagem de estudante para profissional exige uma abordagem voltada para a resolução de problemas e um conjunto de habilidades que podem ser inteiramente novas (Dreiblatt et al, 1980).

Entretanto, segundo os mesmos autores, “*a única forma de aprender consiste, na verdade, em tratar de usar a habilidade a ser aprendida*” (p.181). Assim, o treinamento na prática clínica pode ser uma experiência particularmente difícil uma vez que exige a aprendizagem de novas habilidades, envolve uma vulnerabilidade pessoal – exposição da própria personalidade e de problemas pessoais – e uma possibilidade de fracasso numa habilidade fundamental, tornando o estudante ansioso e menos disposto a tentar novas formas de agir.

A literatura, segundo Zamignani (2000), apresenta uma ampla gama de habilidades a serem desenvolvidas pelos terapeutas iniciantes. A grande maioria delas diz respeito às técnicas terapêuticas, às habilidades de entrevista e a temas relacionados ao problema apresentado pelo cliente.

Há vários métodos para melhorar e ampliar as habilidades clínicas, no entanto, a supervisão é a principal ferramenta disponível para essa aprendizagem (Dreiblatt et al, 1980). O contexto de supervisão clínica, segundo Zamignani (2000), permite o entendimento e a reavaliação do processo de tomada de decisão do terapeuta – já que, nessa situação, algumas variáveis de controle do seu comportamento são explicitadas.

Por um lado, a supervisão clínica pode ser uma experiência extremamente recompensadora e enriquecedora para o estudante em formação – e para o supervisor -, porém, por outro, pode revelar-se uma experiência ansiogênica, uma vez que vulnerabilidades e fraquezas poderão ser reveladas durante o processo de aprendizagem. Além disso, os estudantes precisarão estar preparados para receberem as críticas e comentários que lhe serão feitas, pelo supervisor, sobre suas habilidades clínicas, já que estes certamente terão impacto direto na sua confiança e auto-estima.

Muitas vezes também, os estudantes sentem-se inferiorizados comparando seu desempenho com o desempenho ou a sabedoria de seu supervisor. Entretanto, trata-se de uma comparação destituída de sentido, uma vez que este já conta com uma vasta experiência profissional e pessoal incomparável com a dos estudantes em supervisão.

Os terapeutas iniciantes devem ter em mente que estão aprendendo habilidades inteiramente novas e que, portanto, é irreal esperar de si mesmo um bom desempenho desde o início (Dreiblatt et al, 1980).

Baptistussi (2001) também traz a idéia de que as supervisões fornecem discriminações mais refinadas para o terapeuta iniciante, a partir do repertório teórico e prático do supervisor.

Poderão existir discordâncias entre o estudante e seu supervisor quanto ao sistema de valores ou à escolha da abordagem de tratamento, porém, geralmente, os supervisores recebem de bom grado discordâncias, sugestões e a oportunidade para um diálogo ativo com os estudantes. Cabe lembrar, entretanto, que é o supervisor quem responde legalmente pelo cliente e, como tal, deverá ter a última palavra sobre o progresso da terapia.

Segundo Dreiblatt et al (1980), o manuseio das sugestões do supervisor que exigem mudanças de comportamento – não correspondendo ao estilo natural e pessoal do estudante – pode ser um problema crítico, já que o medo de ser avaliado e a preocupação com o fornecimento de um atendimento adequado ao cliente podem fazer com que o estudante permaneça praticando confortavelmente aquilo que já sabe fazer. Recusar-se a assumir riscos ou a tentar coisas novas com as quais o estudante se sente pouco à vontade pode minimizar as chances de ampliação de seu repertório de habilidades.

Kerbaui (2001) aconselha o estudante em treinamento a estagiar ou ter supervisão, preferencialmente com sessões gravadas com recursos audiovisuais, uma vez que este método permite uma análise minuciosa e um crescimento do terapeuta pela objetividade ao examinar seu próprio trabalho. É uma situação de aprendizagem em que o terapeuta percebe como e a que está respondendo na sessão.

Segundo Dreiblatt et al (1980), esta é uma experiência valiosa, pois na maioria das vezes, é um choque ver ou ouvir a si mesmo numa fita de gravação. Você percebe que nunca se mostra ou fala como esperava. Entretanto, trata-se de uma vivência muitas vezes dolorosa já que expor-se pode provocar ansiedade e uma preocupação exagerada com a humilhação de presenciar o erro mais uma vez, junto a outras pessoas e, principalmente, junto ao supervisor. Silvaes (1997) ressalta as dificuldades em lidar e superar a resistência dos alunos ao fato de terem seus atendimentos gravados em vídeo, porém, relata ser essencial observá-los para poder lhes dar o *feedback* adequado e orientar as sessões de atendimento subseqüentes da melhor forma possível.

Assim, esta autora, relata desenvolver um trabalho de aproximação gradativa à gravação através de exercícios de *role-playing* de atendimento de forma a garantir que ela analise as sessões e as interações aluno-cliente de forma mais satisfatória, englobando, na supervisão, a análise da postura, tom e velocidade da voz, contato do olhar e expressão facial de ambos durante as sessões. Ao aceitarem e perceberem o valor desta metodologia, os alunos vão incorporando ao próprio repertório os comportamentos considerados positivos e significativos de uma boa interação terapêutica.

Além disso, Dreiblatt et al (1980) ressaltam que devem ser feitos registros escritos de todas as sessões e o supervisor deve estar sempre muito bem informado sobre os clientes uma vez que este responde profissional e legalmente sobre seus estagiários. Os registros escritos também desempenham um papel importante quando se trata de inquérito sobre comportamento negligente ou não-profissional, de modo que ambos, estudante e terapeuta, ficam salvaguardados nestes casos. E ainda, em caso de afastamento do estudante, tais registros fornecem dados relevantes para que o processo terapêutico tenha continuidade, sob a responsabilidade de um outro membro da equipe de supervisão. É de suma importância que estes aspectos fiquem claros para o cliente de maneira que ele esteja consciente das implicações existentes do tratamento, em uma instituição de treinamento.

O treinamento em grupo – equipe de supervisão – é extremamente eficaz, segundo Kerbauy (2001), pois permite ao estudante ver ocorrências variadas em casos diferentes, ampliando o repertório do terapeuta em treinamento.

Vale ressaltar que o treinamento sob supervisão não é um período de solidificação de maneiras pessoais de trabalhar, pelo contrário, trata-se de um período de exploração de novos comportamentos e de novas maneiras de encarar os problemas (Dreiblatt et al, 1980). A partir deste treinamento e de uma observação pessoal – principalmente a partir de gravação ou filmagem -, será possível a realização de um exame sobre como e o que se comunica, verbal e não-verbalmente; sobre o senso de oportunidade e a clareza das observações realizadas junto ao cliente; e, ainda, sobre as sutilezas da interação com o cliente.

Segundo Kohut (1966, citado em Cordioli, 1998), o desenvolvimento da empatia é um aspecto fundamental na formação dos psicoterapeutas, pois esta apresenta-se como elemento essencial da observação psicológica, permitindo ao terapeuta reunir dados

psicológicos de seus pacientes e imaginar, através destes, as suas vivências internas ainda que as mesmas não tenham se manifestado à observação direta.

Kerbaux (2001) sugere que o supervisor deve estar bastante atento para perceber as reações emocionais do terapeuta iniciante diante dos comportamentos emitidos pelo cliente na sessão e fora dela, pois esse ponto pode esclarecer problemas pessoais do terapeuta que podem estar interferindo nas escolhas terapêuticas.

Dentro deste mesmo tema, segundo Zamignani (2000), um dos principais objetivos da supervisão clínica é auxiliar o terapeuta iniciante na discriminação entre aqueles aspectos de sua atuação que dizem respeito ao comportamento do cliente e seu processo terapêutico e, aqueles que referem-se ao conhecimento do terapeuta com relação ao tema ou ainda entre aqueles que são devidos à sua própria história de vida, não relacionados à sua relação com o cliente. Assim, o trabalho desenvolvido pelo supervisor permite o desenvolvimento de um repertório alternativo para responder de forma mais adequada a aspectos da história de vida do estudante que são trazidos à tona pela interação com o cliente, além de desenvolver as habilidades no manejo da teoria e das técnicas terapêuticas.

O treinamento clínico geralmente passa por três etapas (Dreiblatt et al, 1980): primeiro, os estudantes aprendem a reconhecer suas habilidades e erros, após estes terem sido apontados por alguém; este aprendizado é seguido por um aumento na habilidade de analisar seu próprio desempenho após o fato; e, finalmente, atingem o ponto em que são capazes de avaliar sua atuação no momento em que estão agindo e, corrigir ou evitar erros dentro da própria sessão.

Entender as variáveis que agem na determinação do comportamento do terapeuta durante e após a sessão - na análise dos dados do cliente fora da sessão -, conforme cita Zamignani (2000), pode permitir o desenvolvimento de novas tecnologias de treinamento profissional, em busca de uma atuação mais efetiva.

É também de suma importância, segundo Dreiblatt et al (1980), trazer à discussão, durante a supervisão, os próprios sentimentos e reações que cada estudante experimenta em relação aos seus clientes, pois trata-se de um passo importante para o desenvolvimento das habilidades terapêuticas uma vez que estas são informações críticas que afetam o tratamento. Portanto, como menciona Zamignani (2000), torna-se importante para a formação do terapeuta a instalação de um repertório discriminativo de seus próprios sentimentos e emoções, uma vez que a investigação desse processo seria

relevante para a compreensão das variáveis envolvidas na tomada de decisão do terapeuta durante a sessão.

A respeito desse tema, Banaco (1993, citado em Zamignani, 2000) comenta que alguns comportamentos a serem emitidos pelo terapeuta podem ser facilmente aprendidos, através do seguimento de regras ou modelados através de *role-playing* ou mesmo por modelação. Já o manejo de eventos do tipo encoberto – como pensamentos e emoções do terapeuta durante a sessão – apresentam uma maior dificuldade para o seu treinamento e, além disso, são dificilmente discriminados, principalmente pelos terapeutas iniciantes.

Segundo Silvaes (1997), para ser efetivo, é também papel do supervisor ter sob a mira de sua análise não só o comportamento do estagiário como também o do cliente deste aluno, além do seu próprio e também o de outros elementos significativos do contexto de vida do cliente e do estagiário.

Kerbaui (2001) refere ser a observação do cliente e de si próprio - terapeuta em treinamento - uma parte relevante para a aprendizagem das habilidades terapêuticas. Perceber os mínimos detalhes de expressão, posição corporal e humor do cliente, bem como o seu tom de voz, as palavras usadas e o efeito delas sobre o comportamento do cliente, podem ser importantes ferramentas de trabalho.

Segundo Silvaes (1997), o aluno de Psicologia “*deve aprender a avaliar a situação onde se insere, para poder definir como agir, intervindo onde se fizer necessário*” (p.504). Assim, como professora de graduação e pós-graduação em psicologia, diz esforçar-se para desenvolver em seus alunos duas habilidades essenciais num clínico: como proceder uma boa avaliação da situação de demanda e como garantir condições para levar adiante a intervenção dela derivada.

Nesse sentido, esta autora procura modelar alguns comportamentos que percebe como relevantes para a formação profissional, entendendo a modelagem como um processo artesanal e gradativo que supõe uma interação entre o que tem o comportamento modelado e o que modela, na direção de comportamentos finais desejáveis. No caso dos alunos de graduação, em supervisão, a modelagem, segundo Silvaes (1997) deve ser feita em duas direções: a primeira, refere-se a uma sinalização de mudanças comportamentais a serem operadas nos próprios alunos visando uma interação terapêutica com o cliente mais satisfatória; e, a segunda, refere-se a dicas a respeito de pontos importantes para o desenvolvimento do caso clínico, muitas vezes desapercibidos pelos alunos.

Gongora (1997) ressalta a importância de o estudante de graduação aprender a realizar uma entrevista clínica adequada. Nesse sentido ela propõe um programa sistemático de ensino da entrevista que visa desenvolver, principalmente, as seguintes habilidades: atitude ou postura empática, comportamentos não-verbais adequados, controle da entrevista pelo terapeuta, formulação de questões abertas e fechadas, operacionalização das informações, pedidos de esclarecimento e complementação, paráfrase, reflexão de sentimentos, resumo, manutenção de seqüência e *time*.

Dessa forma, a professora-autora pretende que sejam desenvolvidas em seus alunos tanto as habilidades de processo, quanto as habilidades de conteúdo ou coleta de dados - ambas dimensões fundamentais da entrevista clínica e complementares na formação do terapeuta.

O estudante sob treinamento, conforme Dreiblatt et al (1980) mencionam, pode se valer também de outros recursos para o desenvolvimento de suas habilidades terapêuticas, como:

- A observação de outras pessoas conduzindo a terapia – trata-se de uma fonte valiosa e não ameaçadora de moldar novas técnicas de terapia e habilidades interpessoais que não se desenvolveriam apenas através da supervisão clínica;
- A observação de colegas e clínicos experientes para posterior discussão, fornecimento de *feedback* e sugestões construtivas;
- A participação em reuniões, *workshops* e congressos, bem como discussões com outros profissionais;
- A leitura de livros sobre técnicas de psicoterapia – para ampliação dos conhecimentos teóricos e de habilidades específicas -, de pesquisas e relatórios de casos nas revistas científicas especializadas;
- A experiência da terapia pessoal também é essencial para se obter autoconsciência e ter a perspectiva do papel do cliente, além de ser uma boa oportunidade de observar um outro terapeuta em ação. Segundo Kerbauy (2001), conhecer-se auxilia no processo de aceitação do outro.

A proficiência como psicoterapeuta requer esforços contínuos para o desenvolvimento de habilidades ao longo de toda vida profissional uma vez que as capacidades terapêuticas melhoram gradativamente, com treino e experiência. O ensino formal é apenas um primeiro passo no desenvolvimento profissional, pois quanto mais e mais variados forem os esforços de aprendizagem, mais flexível e enriquecedora será a

carreira profissional e o conjunto de habilidades terapêuticas adquiridas (Dreiblatt et al, 1980). A supervisão clínica na graduação e nos primeiros anos subsequentes é, portanto, essencial.

A transição de estudante para profissional

Pensando a formação do profissional de psicologia, percebe-se que a transição de estudante para psicoterapeuta envolve mudanças extraordinárias, tanto pessoais como profissionais, e é muitas vezes uma experiência perturbadora.

Muitas expectativas existentes nos estudantes de psicologia se tornam questões complexas e confusas a partir do treinamento profissional (Dreiblatt et al, 1980). Estas expectativas relacionam-se às razões pelas quais tais jovens escolheram seguir esta profissão. Algumas motivações pessoais podem ser: a preocupação com o bem-estar das pessoas e um desejo de ajudar a melhorar a qualidade de suas vidas; um grande interesse e curiosidade sobre os seres humanos e seu comportamento; e o sentimento de serem possuidores de características pessoais valiosas para a prática de psicoterapia como sensibilidade, compreensão, discernimento e perspicácia. Além destes motivos altruísticos, podem haver outros que variam de acordo com a história pessoal de cada futuro profissional, sendo alguns deles: a atração pelo poder e privilégios associados a esta profissão e a oportunidade de ajudarem a si mesmos na solução de seus problemas pessoais.

Algumas questões que podem se apresentar como confusas a um terapeuta iniciante podem se relacionar com a postura adotada pelo profissional inexperiente, bem como com o tipo de relação que se estabelecerá com o cliente. No primeiro caso, a necessidade de “sentir-se útil” e “de fazer algo” frente à queixa trazida pelo cliente, pode ser resultado apenas de desejos e necessidades pessoais, comprometendo o processo, seja por não dar ao cliente a oportunidade de desenvolver habilidades próprias para lidar com as situações da vida, seja por manter padrões de dependência na interação, indesejáveis no processo de terapia. Além disso, os novos terapeutas tendem a encarar e interpretar o comportamento e os sentimentos de seus clientes dentro do quadro de referência de suas próprias experiências, esquecendo-se que estes não são necessariamente os mesmos experimentados pelo cliente, que aspectos fora desta amplitude podem estar sendo esquecidos e que suas pressuposições podem ser errôneas.

Como Kerbauy (2001) comenta, um dos sérios problemas que se percebe, em alguns profissionais, é a transformação da relação de terapia em amizade pessoal. Por isso a necessidade do terapeuta iniciante conhecer-se para evitar certos discursos ou expressão de sentimentos. Deve estar claro para o profissional iniciante que o tipo de relação estabelecido com o cliente é de cunho profissional e não aproxima-se de uma amizade. Assim, o foco na interação incide no cliente e nas preocupações deste (Dreiblatt et al, 1980). Brincadeiras, conselhos e auto-exposição devem ser cuidadosamente planejados e, quando for o caso, apresentados com bastante cautela, pois não se poderá ter a certeza de como o cliente reagirá, nem como ele perceberá a pessoa do terapeuta e o papel que este cumpre.

Alguns medos freqüentemente apresentados pelos iniciantes são o de serem percebidos como incompetentes pelo cliente e o de como devem aparecer perante o mesmo. Nesses casos, a falta de habilidade inicial em interagir com o cliente acaba por exacerbar a autocrítica e a dúvida, comuns ao se exercer qualquer novo papel. Terapeutas iniciantes também apresentam dificuldade em aceitar o fato de que, muitas vezes, não se têm respostas prontas para dar aos clientes e que, freqüentemente, é necessário e conveniente dizer ao cliente que será preciso um tempo a mais para pensar a respeito da questão apresentada, de modo que se possa discutir tal aspecto com o supervisor, e apresentar uma resposta mais coerente e responsável ao cliente, num momento posterior.

O medo de perder o cliente também é freqüente, porém os estudantes devem ter em mente que circunstâncias outras – financeiras, ambientais, interpessoais, familiares, etc –, que não o seu fracasso como terapeuta, podem ser razões para interrupções prematuras da terapia. Além disso, o terapeuta iniciante deve saber que o processo de busca de solução para problemas emocionais é uma questão de responsabilidade mútua, terapeuta-cliente, não cabendo unicamente ao profissional – nem ao cliente – o sucesso ou o fracasso da terapia. Ainda sobre o progresso da terapia, é relevante explicitar que este pode ocorrer de forma lenta e não tão óbvia para o terapeuta iniciante, ocasionando alguma insatisfação por parte deste, já que é freqüente o desejo de se ver mudanças ocorrerem clara e rapidamente.

Outras questões que se apresentam ao estudante nesse período são: a angústia frente às cobranças sociais; a sensação de perda perante as mudanças que se aproximam; o medo, a insegurança e a ansiedade pessoais e em relação ao mercado de trabalho; a dúvida entre tantas linhas teóricas e áreas de atuação; a sensação de

responsabilidade que ora se aproxima; a felicidade diante da realização e do cumprimento de uma etapa importante da vida; o orgulho, quando já se consegue realizar algumas metas; e a expectativa e a incerteza que estão sempre presentes nesses momentos de transição (Leibel, 2004).

Além da prioridade dada ao desenvolvimento das habilidades clínicas – o que fazer com o cliente e como fazê-lo com eficiência –, é essencial que o terapeuta principiante também procure inserir temas éticos e legais, no seu processo de aprendizagem. É de suma importância que os estudantes iniciem seus treinamentos já tendo refletido sobre os aspectos profissionais, éticos e legais de seu trabalho, de modo que questões do tipo: “*Quais são minhas responsabilidades legais e éticas em relação ao cliente?*”, “*Quais as minhas obrigações para com o cliente e a sociedade?*”, “*Sob que circunstância se pode violar a confidencialidade?*”, possam ser respondidas pelo estudante, conscientemente e sem hesitação (Dreiblatt et al, 1980).

Outra preocupação dos terapeutas iniciantes refere-se à forma de se defrontar pela primeira vez com um cliente. Como deverão se apresentar e quão importante é a sua maneira de vestir-se são questionamentos freqüentes. Tais aspectos comportam certa relevância uma vez que as primeiras impressões de um cliente sobre competência e possibilidade de ajuda efetiva são influenciadas pelo ambiente físico da clínica, pelo tipo de recepção que tem e pela aparência e modos do terapeuta. No que se refere à apresentação inicial, a melhor atitude é utilizar um termo que defina seu papel – estagiário de psicologia em treinamento ou psicólogo –, mencionando o nome e sobrenome; e, em relação ao cliente, a melhor forma é tratá-lo pelo nome, demonstrando respeito e empatia.

Além disso, uma dúvida freqüente do terapeuta iniciante refere-se à questão da confidencialidade envolvida na interação terapêutica. De maneira geral, a regra básica diz respeito à não-revelação de quaisquer informações referentes ao cliente, sem que haja a sua permissão, por escrito - salvo alguns casos como suicídio e inquérito legal. Deve ficar claro, entretanto, para o cliente que, em se tratando de um treinamento profissional, suas informações serão compartilhadas com o supervisor e com a equipe de supervisão, uma vez que isto se faz necessário e é exigido para o treinamento da prática clínica.

Problemas de responsabilidade, motivações pessoais, modo mais efetivo de interação com os clientes, dúvidas pessoais e sobre procedimentos de tratamento parecem que nunca serão definitivamente resolvidos. Cada um deverá constantemente

reavaliar - e modificar - suas opiniões a respeito destas questões em busca de um aperfeiçoamento profissional (Dreiblatt et al, 1980).

CAPÍTULO 2: RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Aliança terapêutica

Como refere Cordioli (1998), todas as psicoterapias reconhecem a necessidade de uma relação terapêutica de boa qualidade, como um contexto indispensável para que se possa utilizar eficazmente as intervenções terapêuticas. Os diferentes modelos de psicoterapia variam, entretanto, na forma de valorizar a relação terapêutica como agente de mudança.

A modalidade de vínculo que caracteriza as psicoterapias é, sobretudo, o estilo de uma relação, fruto da própria experiência de vivê-la. Pode-se tentar defini-la como uma relação interpessoal na qual dois (ou mais) interlocutores mantêm um diálogo com ritmo, gestos, posturas, mímica verbal habituais e compartilham uma tarefa em uma relação igualitária, ainda que seus papéis sejam diferentes - um deles é especializado em certo nível da problemática humana e o outro fornece os elementos de testemunho direto dessa problemática singular (Fiorini, 1985).

A escola psicodinâmica desenvolveu o conceito de aliança terapêutica referindo-se à capacidade de o paciente estabelecer uma relação de trabalho com o terapeuta, apesar de reações transferenciais regressivas e da resistência. Engloba ainda a colaboração e a aliança que deve ocorrer, para o bom andamento da terapia, entre os aspectos maduros e racionais do paciente e do terapeuta.

Embora as definições de aliança terapêutica tenham origem na Psicanálise, ela não é um fator presente apenas nos tratamentos analíticos. Pode-se dizer que a aliança terapêutica está presente, não só em todas as formas de psicoterapia, como também é parte de qualquer relação médico-paciente, visto que o paciente sempre tem expectativas racionais e irracionais, e terá aderência ao tratamento na medida em que estabelecer um vínculo com seu médico.

A aliança terapêutica, segundo Cordioli (1998), designa a capacidade de estabelecer um vínculo com o terapeuta e a de realizar as tarefas próprias da abordagem psicoterápica em andamento.

Já para Greenson (1981, citado em Cordioli, 1998), a *“aliança terapêutica designa a relação racional, não-neurótica do paciente com seu terapeuta. Seus elementos básicos são o desejo racional e consciente do paciente em colaborar com o*

terapeuta bem como sua aptidão em seguir as instruções e compreensões deste último” (pág. 87).

Na terapia cognitiva, “*é indispensável uma boa relação terapêutica, na qual o terapeuta é ativo e o paciente um colaborador*” (pág. 29). Para Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), a relação e a aliança terapêuticas são usadas não simplesmente como os instrumentos para aliviar sofrimentos, mas como veículos para facilitar um esforço comum para atingir metas específicas. O desenvolvimento e a manutenção da relação terapêutica envolvem tanto o paciente como o terapeuta, e devem basear-se na colaboração, no *rapport* e na confiança. Por estes aspectos, terapeuta e paciente formam uma equipe cuja contribuição especial do terapeuta é orientar o paciente sobre que dados coletar e como utilizar tais dados terapêuticamente.

O termo *rapport* geralmente refere-se a um acordo harmonioso entre pessoas, porém, na relação terapêutica, de base cognitiva, este consiste em uma combinação de componentes emocionais e intelectuais. Assim, quando o *rapport* é ideal, paciente e terapeuta sentem-se seguros e razoavelmente confortáveis um com o outro. O *rapport* não só reflete como também influencia a colaboração terapeuta-paciente.

No que se refere à confiança, pode-se dizer que os pacientes com confiança básica genuína tendem a demonstrar uma transferência positiva possível de ser trabalhada, favorecendo o progresso; os pacientes com pseudoconfiança podem exibir alguns fenômenos transferenciais intrigantes; enquanto que, os pacientes com desconfiança básica, estes têm grandes chances de não fazerem progresso genuíno algum até que este problema tenha sido parcialmente resolvido.

Além disso, a relação terapêutica estabelece o terreno para se treinar o desenvolvimento de relações interpessoais mais saudáveis, facilitando o trabalho colaborativo, o atingimento de metas e não somente para garantir o sucesso das técnicas. A relação passa a ser vista também como veículo central para revelação dos esquemas interpessoais disfuncionais do cliente, bem como acaba por enfatizar o papel de modelo que o terapeuta desempenha.

Nas psicoterapias de base analítica, a estratégia inicial de um tratamento psicoterápico está no estabelecimento e no fortalecimento de uma aliança terapêutica, sustentadora e responsável pela continuidade de todo o processo.

Para a terapia comportamental, a relação terapêutica é o espaço, momento e processo que satisfazem a condição de efetividade necessária à terapia. Esta realiza-se

através de uma transação interpessoal cujo foco é a alteração, aprendizagem e reaprendizagem de comportamentos.

A aliança é condição para a mudança, porém ela não é o seu motor e, caso a relação se reduza a ela, o comportamento e a situação existencial do cliente jamais se alterarão (Rangé e Erthal, 1987). A relação bilateral de empatia é um dos elementos fundamentais para o estabelecimento do vínculo terapêutico (Otero, 2001); logo, um bom clima facilita o relacionamento, orientando melhor o trabalho técnico.

Guilhardi (1997, citado em Baptistussi, 2001) acrescenta que, na relação terapêutica, todas as contingências em operação, sendo elas extra ou intra-sessão, devem ser levadas em conta, pelo terapeuta, na formulação de suas hipóteses, bem como durante suas investigações. Para Baptistussi (2001), a relação terapeuta-cliente é influenciada por uma série de fatores e desenvolve-se como um processo de modelagem do desempenho do cliente e do próprio terapeuta, pois é influenciada pelo levantamento das hipóteses, pelo profissional, de sua investigação e posterior confirmação/refutação, e das conseqüências que produz.

Segundo Zamignani (2000), para que a relação terapêutica estabelecida leve a mudanças é preciso que ela seja um tipo de relação diferenciada, na qual novas respostas possam ser aprendidas e experimentadas pelo cliente. Além disso, uma das características da relação terapêutica que a diferencia das outras relações é que ela deve ser uma “audiência não punitiva” (Skinner, 1953, citado em Zamignani, 2000), sendo o terapeuta um agente reforçador.

A capacidade de estabelecer aliança terapêutica tem sido vista como fator de indicação de tratamento e como fator preditivo quanto aos resultados. Pesquisas realizadas descreveram, de forma consistente, uma correlação entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados das psicoterapias. As pesquisas sugerem ainda que a aliança é a variável mais crucial para o sucesso em praticamente todas as psicoterapias (Luborsky e cols, 1983; Ryan e Cicchetti, 1985; Marziali, 1991, citados em Cordioli, 1998).

Luborsky (1976, citado em Ceitlin e Cordioli, 1998) considera que são elementos importantes para a construção da aliança terapêutica as seguintes atitudes e comportamentos do terapeuta: ser receptivo aos problemas e objetivos do paciente com a terapia; demonstrar entender e aceitar o paciente; ser capaz de reconhecer quando o paciente faz progressos; acreditar e demonstrar que o paciente é capaz de entender-se; considerar o trabalho terapêutico como uma tarefa conjunta com o paciente (usando

“nós”); ressaltar as experiências positivas da dupla; e apoiar o paciente na manutenção de defesas úteis e de atividades construtivas.

Para uma boa aliança é indispensável, ainda, um bom vínculo afetivo entre o paciente e o terapeuta, o que Freud considerava como devendo ser a primeira preocupação do terapeuta (Cordioli, 1998).

Como se trata de um conceito abstrato, diferentes autores tentaram estabelecer critérios objetivos e escalas para a avaliação da aliança terapêutica (Marziali e cols., 1981; Ludosky e cols., 1983; Allen e cols., 1984, citados em Cordioli, 1998), como: a capacidade de o paciente estabelecer um bom vínculo com o terapeuta; de ter uma boa capacidade para introspecção e ser coerente com os *insights* obtidos; de ter expectativas de sucesso com a terapia; e de ter um bom grau de flexibilidade psicológica (trazer espontaneamente material novo, levar adiante sugestões e tarefas programadas e aderir a demais medidas terapêuticas estabelecidas).

Segundo Fiorini (1985), a personificação do vínculo na relação de trabalho deve ser entendida sob duas vertentes: a adequação do vínculo às necessidades específicas de cada paciente, e à utilização das capacidades e atitudes reais do terapeuta a serviço do processo – flexibilidade técnica do terapeuta.

O produto das atitudes de cada um – terapeuta e cliente – surge no vínculo terapêutico. As variáveis ligadas à interação profissional-cliente detêm consigo uma grande parcela da responsabilidade sobre o andamento de uma psicoterapia, assim, a possibilidade de sentirem-se parceiros facilita o estabelecimento do vínculo terapêutico, que se constitui em um dos elementos essenciais para aumentar a possibilidade de sucesso de uma terapia, reforça Otero (2001).

A percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está correlacionada à efetividade do tratamento. Frank e Frank (1993, mencionados em Meyer e Vermes, 2001) demonstraram que os clientes que avaliaram de forma positiva seus terapeutas (no início do processo terapêutico) foram justamente aqueles que atingiram mais efetivamente seus objetivos. Dados apresentados por Marziali (1984, citado em Meyer e Vermes, 2001) indicam que a concordância entre terapeuta e cliente sobre a qualidade da relação terapêutica foi um fator preditivo para o sucesso do tratamento.

Transferência e contratransferência

Pode-se dizer que a aliança terapêutica é um elemento, a nível consciente, da relação terapêutica. Entretanto, há ainda variáveis não conscientes que influenciam de maneira significativa o processo psicoterápico, que são a transferência e a contratransferência.

Segundo o próprio Freud (1905, p.113), *“transferências são reedições, reduções das reações e fantasias que, durante o avanço da análise, costumam despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévias é revivida, não como algo do passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico. Algumas são simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação. São, portanto, edições revistas, e não mais reimpressões.”*.

Dewald (1986) a explica da seguinte forma: *“a transferência pode ser compreendida como uma forma de deslocamento na qual o indivíduo dirige para um objeto presente todos aqueles impulsos, defesas, atitudes, sentimentos e respostas que experimentou ou desenvolveu no relacionamento com os primeiros objetos de sua vida”* (p. 213). Assim, o paciente desloca para o terapeuta e para a relação terapêutica os aspectos defensivos e inconscientes experimentados em relacionamentos com objetos passados importantes. A transferência pode implicar também o deslocamento de antigas experiências e relações com outros objetos que não os pais. Desta forma, o termo transferência é, geralmente, reservado para os componentes inconscientes da relação paciente-terapeuta na situação de tratamento e, conforme seja elaborada, essa relação transferencial inconsciente torna-se importante instrumento terapêutico.

O mesmo autor relaciona algumas situações que podem ser indicativas de que uma relação transferencial positiva está se desenvolvendo, como: o paciente começar a ir cedo para as sessões; fazer comentários positivos sobre o consultório; demonstrar crescente interesse e pensamentos acerca do tratamento, durante as sessões ou antes delas; falar sobre declarações, experiências ou referências positivas, suas ou de outra pessoa, à psicoterapia, etc.

Na psicanálise e nas demais psicoterapias de orientação dinâmica, por intermédio das interpretações, centradas na análise e na resolução da referida neurose transferencial, o paciente poderá obter *insight* sobre tais padrões primitivos e

desadaptados de relações interpessoais, compreender a origem de traços patológicos de seu caráter, reviver emoções perturbadoras associadas a figuras do passado, modificá-las e livrar-se dos sintomas.

A observação dos aspectos transferenciais na relação terapêutica é a principal fonte de informação sobre padrões de relacionamento do paciente, na medida em que se repetem com o terapeuta padrões primitivos de relações de objeto. A interpretação sistemática de tais deslocamentos possibilitaria a sua modificação. Percebe-se, portanto, que a relação transferencial é aspecto crucial para a mudança e para todo o processo psicanalítico.

Na terapia cognitiva, o terapeuta reconhece e maneja a transferência para identificar esquemas disfuncionais. O terapeuta deve procurar sinais indicadores de uma “*cognição transferencial*” (Beck e Freeman, 1993), uma vez que estas reações abrem janelas para o mundo privado do paciente. Se não forem exploradas, as interpretações distorcidas persistirão podendo interferir na colaboração; e, se trazidas à tona, fornecem rico material para o entendimento dos significados e crenças por detrás das reações idiossincráticas do paciente. Segundo Beck et al (1997), o tipo de colaboração terapêutica que a terapia cognitiva propõe tende a reduzir os problemas e frustrações que a transferência e a contratransferência podem produzir.

A transferência, segundo as abordagens psicodinâmicas, pode também ser entendida como uma resistência à recordação. A resistência é aquela parte da função psíquica que se opõe ativamente ao trabalho terapêutico de trazer à consciência material inconsciente. No lugar de lembrar acontecimentos do passado, o indivíduo revive-os, inconscientemente, em sua relação com o terapeuta. Assim, segundo a teoria de Freud, se a transferência se torna uma resistência, ela é o maior obstáculo ao progresso do tratamento (Cordioli, 1998).

Para os cognitivistas, a resistência refere-se a “*qualquer ocorrência no comportamento, no pensamento, na emoção e no estilo interpessoal do paciente, que interfere com a sua capacidade para utilizar o tratamento e adquirir habilidades em lidar com problemas fora da terapia e após a terapia haver terminado*” (Lehay, 2001, p.11, citado em Falcone, 2003). A princípio, a resistência foi considerada fenômeno não desejável, devendo ser trabalhada em termos de solução de problemas, para que não atrapalhasse o desenrolar da terapia. Esta não-cooperação poderia apresentar-se tanto devido a fatores relacionados ao cliente, quanto relacionados ao terapeuta e, ainda, relacionados à relação. Atualmente, entretanto, têm surgido novas compreensões acerca

da resistência, tomando-a como importante fonte de informação sobre a natureza das crenças, expectativas e comportamentos do cliente. Portanto, acredita-se hoje que a resistência tem uma função autoprotetora saudável, resguardando as estruturas de mudanças muito rápidas ou impactantes (Shinohara, 2004). Jones (1967, citado em Beck e Freeman, 1993) já via o fenômeno da resistência como “instintivo” e esperado em terapia.

Além destes aspectos transferenciais, há as variáveis relacionadas às reações do terapeuta frente ao material trazido pelo paciente. Tais fatores podem ser melhor entendidos quando se detalha a contratransferência e suas vicissitudes.

Quando se trata da contratransferência, pode-se dizer que Freud utilizou este termo em analogia ao conceito de transferência e o mencionou, pela primeira vez, em 1910, referindo-se às respostas psicológicas do terapeuta ao paciente, vistas por ele, como resultantes de conflitos neuróticos a serem superados, sendo este o conceito clássico do termo contratransferência.

Para Dewald (1986), endossando a conceituação psicanalítica do termo, “*a contratransferência é baseada nas forças inconscientes do terapeuta, de acordo com as quais o mesmo reage ao paciente de maneira, em algum grau, inadequada à realidade presente da relação terapêutica, sendo deslocamentos de relações e experiências primitivas de sua própria vida, pois (...) como todo ser humano, possuirá resíduos psíquicos inconscientes desde a infância.*” (p. 269).

Sandler (1970, citado em Cordioli, 1998) propõe um conceito específico, considerando a contratransferência “*o conjunto de respostas emocionais específicas, despertadas no terapeuta pelas qualidades específicas de seu paciente*” (p. 71), visando excluir os aspectos gerais da personalidade e da estrutura psicológica do terapeuta, presentes no trabalho com todos os seus pacientes.

Já Heiman (1950, mencionado em Cordioli, 1998) sugere um conceito totalístico, utilizando o termo contratransferência para se referir a todos os sentimentos – conscientes e inconscientes – que o terapeuta experimenta na relação terapêutica. Desta forma, a autora percebe a contratransferência não como uma barreira ao entendimento do paciente, ao invés disso, chama a atenção para seu valor potencial como um instrumento para ampliar o trabalho terapêutico.

Dewald (1986) atenta para a diferenciação que deve existir entre os elementos conscientes nas reações do terapeuta ao paciente, daquelas que são inconscientes. Um terapeuta em interação com um paciente pode experimentar sentimentos de irritação,

prazer, curiosidade, preocupação, confiança, simpatia, dentre outros; porém quando essas reações emocionais são proporcionais e apropriadas ao material ou comportamento do paciente, e são conscientes para o terapeuta, não sendo diretamente motivados pelas interações terapêuticas, elas são consideradas como contra-reações ou como contratransferência normal, podendo-se fazer, assim, um uso eficaz das mesmas.

Cordioli (1998) reafirma a importância de distinguir, então, a contratransferência normal, útil para o trabalho terapêutico, propiciando rica experiência de aprendizagem e crescimento, tanto para o paciente como para o terapeuta, da contratransferência perturbadora ou patológica, que pode ter origem em conflitos neuróticos não superados pelo terapeuta e que, possivelmente, levará a terapia a uma situação perturbadora enquanto permanecer inconsciente.

A contratransferência também é considerada na terapia cognitiva e é definida como “a resposta frente ao paciente que está enraizada nos esquemas ativos e inativos do terapeuta” (Freeman, 2001, p.21, mencionado em Falcone, 2003). Ela proporciona a oportunidade de o terapeuta entender as próprias limitações e resistências à mudança, descobrindo mais sobre o paciente e sobre ele mesmo.

Segundo Rangé e Erthal (1987), a atenção do terapeuta não deve estar sempre no cliente como objeto terapêutico mas, com frequência, deve dirigir-se para os sentimentos que o cliente provoca nele próprio. É através deste tipo de observação que o terapeuta pode perceber movimentos mais sutis do cliente e entender seus efeitos nas diferentes relações interpessoais.

Zamignani (2000) também reforça a idéia de que, muitas vezes, aspectos da história de vida do terapeuta podem levá-lo a responder ao comportamento do cliente de forma diferente daquela esperada como profissional, reconhecendo como uma importante variável na relação terapêutica, os sentimentos e emoções do terapeuta durante a sessão. A análise desses aspectos também pode indicar algumas variáveis envolvidas na sua tomada de decisão durante a sessão. Percebe-se, assim, que a contratransferência é hoje vista como parte legítima da relação terapêutica.

Logo, é imprescindível que o terapeuta se mantenha alerta para as manifestações e efeitos da contratransferência na relação terapêutica. Isso implicará em um processo contínuo de auto-avaliação, introspecção, auto-conhecimento e honestidade consigo próprio, já que tal aspecto pode ser parte importante das forças que conduzem ao *insight*, à mudança e à maturidade, tanto no paciente como no terapeuta.

Fatores de mudança

Pesquisas vêm tentando elucidar a importância relativa dos diferentes fatores que influem nos resultados de uma psicoterapia, ou na natureza do processo psicoterápico, e as variáveis das quais depende: condições do paciente, do terapeuta, da relação terapêutica e das técnicas utilizadas. Os resultados de uma psicoterapia se devem a técnicas específicas que elas afirmam utilizar ou são decorrentes de elementos comuns a todas as psicoterapias, inerentes à relação terapêutica e existentes em qualquer relação humana de boa qualidade?

No intuito de melhor entender como todos estes fatores interagem no processo psicoterápico, criaram-se algumas teorias e levantaram-se alguns aspectos (relativos ao paciente, ao terapeuta e à relação terapêutica) que têm se mostrado importantes para os resultados de uma terapia. Assim, a partir da segunda metade do século XX, travou-se um dilema entre a teoria dos fatores específicos e a teoria dos fatores não-específicos, para se tentar elucidar as variáveis cruciais de mudança, que implicavam em sucesso terapêutico.

De um lado, autores defendiam a obtenção do *insight*, a superação da resistência, a catarse, as várias formas de aprendizagem, a correção de pensamentos disfuncionais, enfim, a utilização das técnicas, como elementos fundamentais para a mudança psíquica.

Do outro lado, estavam os que defendiam como fatores principais responsáveis pelas mudanças: uma relação intensa de confiança com a pessoa que ajuda; uma teoria explicativa das causas dos problemas do paciente e na qual a técnica se fundamenta; acesso a novas informações sobre a natureza dos problemas e de alternativas de como manejá-los; aumento da esperança de auxílio em virtude das qualidades e capacidades do terapeuta; possibilidade de realizar com sucesso novas experiências de vida, acarretando um aumento da autoconfiança; e a oportunidade para expressar emoções pessoais (Cordioli, 1998).

A proliferação de diferentes modelos de psicoterapia, alguma dificuldade na comprovação da eficácia das técnicas, a verificação de elementos comuns a todas as psicoterapias, dentre outras questões, acabaram por enfraquecer a primeira posição (Beitman, 1989, referido em Cordioli, 1998).

Por outro lado, Rogers (1961, citado em Cordioli, 1998), passou a defender a idéia de que os ingredientes efetivos em psicoterapia, na verdade, eram os mesmos

existentes em uma boa relação: o calor humano, a autenticidade e a empatia, os quais por si só seriam suficientes para provocar mudanças, reunindo ampla gama de terapeutas a favor desta explicação. Porém, esta teoria da não-especificidade trouxe problemas na medida em que tais fatores passaram a ser considerados como os únicos responsáveis pelos resultados, desprezando-se o valor das técnicas específicas.

Assim, devido às duas posições extremadas, ambas perderam força, mas despertaram o interesse de pesquisadores para a relação terapêutica em seus vários aspectos, tema que tomou conta de boa parte das pesquisas das décadas de 70 e 80.

Tentando explicitar os agentes de mudança no processo psicoterápico, Luborsky (1976, aludido em Cordioli, 1998) dividiu tais fatores em dois grandes grupos: as técnicas utilizadas (específicas de cada modelo teórico, bem como as intervenções do terapeuta e a estrutura da terapia) e a relação terapêutica (englobando os fenômenos transferenciais, os aspectos lógicos e racionais – aliança terapêutica -, e os aspectos reais).

Já Dewald (1978, mencionado em Cordioli, 1998) acredita que na psicoterapia de orientação analítica, ocorre um complexo conjunto de experiências e mecanismos proporcionados pela relação terapêutica, que ofereceriam novos *insights* e novas aprendizagens.

O *insight* é visto como o principal motor de mudanças nas abordagens psicodinâmicas e aparece na literatura psicanalítica como uma referência à tomada de conhecimento do reprimido, por parte do paciente. Seu significado vem evoluindo desde a formulação inicial “*tornar consciente o inconsciente*” até “*onde estava o id, ali deve estar o ego*” (Sprinz e Borowski, 1998, p. 56).

Já para os teóricos da terapia cognitiva, o *insight* consiste em tornar os pacientes mais conscientes de seus problemas, uma vez que esses autores não aceitam as idéias relacionadas ao inconsciente, entendendo que a psicopatologia encontra-se amplamente no domínio da consciência e que as mudanças dependem dos pacientes adquirirem habilidades para provocá-las (Beck e Freeman, 1993).

Tentando solucionar a questão apresentada sobre os fatores de mudança, Karasu (1986, referido em Cordioli, 1998) sintetizou os agentes de mudança comuns às diversas psicoterapias nos seguintes itens: experiência afetiva (o descongelamento e a expressão dos afetos ou a catarse tornariam o paciente mais acessível devido à quebra de mecanismos de defesa e de resistências); aumento de habilidades cognitivas (pela aquisição e integração de novos padrões de pensamento e percepção, e pelo maior

conhecimento e compreensão de si mesmo); e regulação do comportamento (pela aprendizagem de controle de ações e hábitos e conseqüente mudança de comportamento). Assim, as psicoterapias utilizariam distintas combinações destes três tipos de agentes terapêuticos os quais seriam aplicados de diferentes modos e em diferentes graus, por cada uma delas.

De uma forma didática, Orlinsky e Howard (1987, mencionados em Cordioli, 1998) propuseram um modelo geral de psicoterapia que pode ser aplicado a todas as modalidades e envolve três grandes domínios: os determinantes ou *inputs* (características pessoais, crenças e valores do paciente e do terapeuta), o processo psicoterápico (que envolve o contrato terapêutico, as intervenções, o vínculo, a disposição interna do paciente e as condições externas, e as realizações terapêuticas) e as conseqüências ou *outputs* (na pessoa e na vida do paciente e do terapeuta, na comunidade da qual fazem parte e nos sistema de valores e crenças à sua volta).

Usualmente, os terapeutas se preocupam mais com as intervenções como fatores de mudança, deixando de ver a amplitude do contexto em que elas ocorrem e as inúmeras condições de que dependem para serem eficazes.

CAPÍTULO 3: CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DESEJÁVEIS E HABILIDADES PROFISSIONAIS NECESSÁRIAS AOS TERAPEUTAS

Como explicitado no capítulo anterior, há inúmeras variáveis que interferem na relação e no processo terapêuticos. Dentre elas, pode-se destacar as características pessoais e profissionais dos terapeutas como aspectos relevantes da psicoterapia, assim como as já relatadas características pessoais do paciente e a relação entre eles.

Além de criar o clima propício numa relação terapêutica de boa qualidade para poder utilizar os diferentes instrumentos de que dispõe, *“o terapeuta é também um modelo de identificação, razão pela qual suas características pessoais e seu caráter são tão importantes, ao lado de uma sólida formação teórica e prática, que lhe proporcionam o conhecimento necessário e o domínio dos métodos de psicoterapia que pretende utilizar”* (Cordioli, 1998, p.44).

A influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica é inquestionável. Trabalhos nesta área – Rudy, McLemore e Gorsuch (1985), citados em Meyer e Vermes, 2001 - indicaram que os terapeutas avaliados como calorosos, amigáveis, comprometidos, tolerantes e interessados foram aqueles que tiveram maior sucesso em seus tratamentos. Tais achados vão ao encontro da literatura atual que confirma que resultados terapêuticos satisfatórios originam-se, em parte, de características pessoais dos terapeutas.

Algumas atitudes ou condições pessoais do psicoterapeuta revelam-se desejáveis para um bom andamento da terapia. Deste profissional, almeja-se que seja uma pessoa interessada em falar com pessoas e em ouvi-las, que tenha curiosidade, capacidade de se preocupar e de cuidar dos outros, além de características pessoais que facilitem o vínculo (Jackson, 1992, citado em Cordioli, 1998). A disponibilidade pessoal genuína para acolher uma pessoa favorece bastante a psicoterapia.

Numa descrição sucinta dos comportamentos relevantes aos terapeutas, Rangé (1995) explicita algumas habilidades que os terapeutas devem apresentar:

- Saber fazer perguntas que facilitarão a descoberta;
- Ter habilidade para instruir, desafiar e reforçar os esforços do cliente de uma forma não superior, mas de reciprocidade;
- Ter habilidade para ouvir e observar de uma forma objetiva, porém empática;
- Fazer uso criterioso do humor;

- Dar *feedback* apropriado, resumindo o significado explícito e implícito do que foi falado pelo cliente;
- Ser diretivo, inquisidor, e didático;
- Ter uma atitude criativa tanto para adaptar o tratamento para aquele indivíduo, quanto para usar e decodificar analogias, estórias, vinhetas e metáforas.
- Fornecer uma base segura para exploração;
- Estar sintonizado com suas respostas, durante a sessão, assim como com as do cliente;
- Escutar além das respostas para questões específicas e estar aberto para descobrir o inesperado;
- Ajudar o cliente a integrar aspectos contraditórios e tolerar ambigüidades;
- Não se esquecer de relativizar as experiências;
- Não permanecer seguro de que verdadeiramente saiba o que está errado ou o que seria melhor para determinado cliente;
- Considerar sua presença emocional um fator facilitador poderoso e, portanto, dispensar-se autocuidados.

Fiorini (1985) também descreve algumas intervenções verbais que o terapeuta deve saber realizar, além de cumprimentar, anunciar interrupções ou variações ocasionais de horários, por serem ferramentas importantes para o processo psicoterápico. São elas:

- Interrogar o paciente no sentido de pedir-lhe dados precisos, ampliações e esclarecimentos do relato, explorando em detalhes suas respostas;
- Proporcionar informação (papel cultural do terapeuta, contextualizando a problemática do paciente);
- Confirmar ou retificar os conceitos do paciente sobre sua situação;
- Clarificar e reformular o relato do paciente, de modo que certos conteúdos e relações do mesmo adquiram relevância;
- Recapitular e resumir pontos essenciais surgidos no processo exploratório de cada sessão e no conjunto do tratamento;
- Assinalar relações entre dados, seqüências, capacidades manifestas e latentes do paciente;
- Interpretar o significado dos comportamentos, motivações e finalidades latentes;
- Sugerir atitudes determinadas ou mudanças a título de experiência;

- Indicar a realização de certos comportamentos com caráter de prescrição (intervenções diretas);
- Dar enquadramento à tarefa, ou seja, estabelecer especificações da tarefa ou da relação terapêutica;
- Comentar ou aclarar o significado de haver recorrido a qualquer das intervenções anteriores (meta-intervenções).

Já Silves e Gongora (1998) verificaram que uma das maiores dificuldades dos estagiários de psicologia tem sido com a entrevista inicial, ou seja, o primeiro contato com o cliente, quando não se tem qualquer informação prévia sobre sua queixa. A partir deste dado e conforme evidencia a literatura sobre esta deficiência durante a formação em psicologia, as autoras se propuseram a descrever as principais habilidades necessárias aos terapeutas para a realização de uma boa entrevista clínica.

Tais autoras vêem a entrevista como *“uma interação verbal entre duas ou mais pessoas, através da qual se desenvolve uma complexa rede de influências mútuas”* (pág. 18) e, nesse sentido, *“a atuação do entrevistador no contexto de sua interação com o cliente, afetará o resultado desta interação tanto para restringir, distorcer ou facilitar a expressão verbal do cliente”* (Balau, 1980, pág.2-3, citado em Silves e Gongora, 1998).

Assim, por tratar-se de uma interação, a entrevista não pode ser totalmente previsível, requer alguma espontaneidade e liberdade e, embora tenha um propósito específico, não é um interrogatório. Para tanto, um requisito essencial para o entrevistador (clínico) é o domínio das habilidades facilitadoras da expressão do cliente. Logo, pode-se dizer que a entrevista é uma habilidade que pode ser desenvolvida com a prática e é uma técnica a ser examinada e aperfeiçoada, em vistas de aumentar a compreensão humana.

McCready e Waring (1986, mencionados em Silves e Gongora, 1998) afirmam que a entrevista é um tipo de comunicação interpessoal efetiva e pode ser entendida como *“a habilidade de encorajar a exposição de informação pessoal com um propósito profissional específico”* (pág.317). E entendê-la como um instrumento de trabalho, é considerá-la em suas duas dimensões básicas – conteúdo e processo –, o que implica na aprendizagem de um conjunto de habilidades específicas.

Na entrevista clínica, o objetivo é sempre obter dados pertinente à intervenção terapêutica, visando o estabelecimento de uma interação especial, facilitadora do processo terapêutico a qual, no decorrer de uma psicoterapia, assume formas bastante

complexas, sendo denominada relação terapêutica. A qualidade da interação estabelecida entre cliente e terapeuta altera a validade dos dados obtidos e os resultados do tratamento (Goldfried e Davison, 1976, aludidos em Silvares e Gongora, 1998).

Segundo as autoras, a primeira entrevista é crucial na formação de primeiras impressões pelo cliente. Estas impressões referem-se não apenas ao psicólogo, mas abrangem também, a psicoterapia em geral e a instituição na qual se realiza o atendimento.

É preciso diferenciar a entrevista de triagem da entrevista terapêutica inicial. Muito comum nas clínicas-escolas, a primeira visa fazer um diagnóstico rápido para que o cliente seja encaminhado ao tratamento adequado, sendo importante que se determine a urgência do atendimento e o local de tratamento. Já na segunda – entrevista clínica inicial -, o cliente é entrevistado por um profissional o qual dará imediata continuidade ao tratamento.

Na entrevista terapêutica inicial e no decorrer de todo o processo terapêutico, o psicólogo utiliza-se da entrevista para alcançar três objetivos: interacionais, de coleta de dados e de intervenção.

Como objetivos interacionais, pode-se citar o desenvolvimento de uma relação de confiança mútua entre as partes a qual possibilite ao cliente sentir-se confortável na situação; não sentir constrangimentos em se expor ao terapeuta; e sentir-se motivado para continuar o tratamento – isto também deve ocorrer na entrevista de triagem.

No que se refere à coleta de dados, a entrevista deve ser realizada de forma a maximizar a obtenção de informações - sem que haja prejuízo dos aspectos interacionais -, a ênfase neste aspecto, geralmente, ocorre no início da terapia e os dados que devem ser priorizados são os pessoais e aqueles que indiquem e especifiquem o motivo da procura do tratamento.

Os objetivos de intervenção dizem respeito às modificações no comportamento do cliente em função de procedimentos adotados na entrevista, pressupondo o estabelecimento de uma interação de qualidade entre cliente e terapeuta e sem ter sua ênfase nas primeiras sessões.

Antes de iniciar uma entrevista, o terapeuta iniciante precisa preocupar-se com algumas medidas no sentido de viabilizar a mesma, como: ter um entrosamento com a instituição responsável pelo atendimento, informando-se sobre as normas de funcionamento e os serviços oferecidos; preparar um ambiente físico adequado, com isolamento acústico, sem interrupções de terceiros ou barulhos; providenciar material

necessário (lápiz, papel, gravador...); prever os horários para começar e terminar a entrevista; e tomar outras providências pertinentes.

Na primeira parte da entrevista – introdução -, o profissional deve cumprimentar o cliente, identificando-se (dizer nome e função) e verificando se o cliente deseja alguma informação geral. A seguir, confere-se a ficha de dados pessoais e utiliza-se algum procedimento para diminuir a ansiedade, caso seja necessário.

No desenvolvimento – segunda etapa -, o(s) problema(s) deve(m) ser conhecido(s), através de dados que permitam uma análise geral e preliminar do(s) mesmo(s). A entrevista deve ser aberta, não-diretiva, sempre que se introduzir um novo assunto. São sugeridas questões abertas, acompanhadas de técnicas de facilitação da expressão do cliente (demonstração de interesse e atenção) e audição ativa, evitando que o cliente desvie do motivo pelo qual procurou tratamento. Assim, todas as áreas examinadas devem partir do geral para o particular, diminuindo uma potencial ansiedade sentida pelo cliente durante a entrevista.

A seguir, as questões devem ser especificadas para esclarecer o problema e complementar informações anteriores, para tanto estratégias mais diretivas são adotadas, introduzem-se questões mais fechadas, pedidos de esclarecimento, de complementação, exemplos, etc., sendo acompanhados de demonstrações de interesse, compreensão empática, preocupação e entendimento das associações do cliente.

Esta forma de estruturar o corpo da entrevista “*é bastante adequada para desenvolver um clima de confiança entre terapeuta e cliente, bem como para garantir que as informações obtidas sejam válidas, uma vez que evita a indução de respostas pelo terapeuta*” (pág. 37). Na conclusão desta fase, é útil a elaboração, pelo terapeuta, de um resumo das informações obtidas até o momento.

No encerramento, o terapeuta deve dar pistas ao cliente de que o tempo está terminando; evitar a introdução de assuntos novos ou que gerem perturbação emocional; verificar dúvidas do cliente; e deixar claro quais serão os próximos passos. As autoras sugerem que sejam incluídos um resumo, informações adicionais quanto ao tratamento e a sua probabilidade de sucesso.

Para se executar as entrevistas, Silveiras e Gongora (1998) identificam como adequadas a utilização de diversas estratégias de entrevistar que “*são comportamentos que o terapeuta deve apresentar para obter os resultados desejados, junto ao cliente*” (pág.43). Sendo assim, elas são referidas como habilidades do terapeuta, uma vez que

comportamentos verbais e não-verbais deste profissional têm significativos efeitos sobre as atitudes e comportamentos do cliente e sobre a informação por ele fornecida.

Um primeiro grupo de habilidades pode referir-se às atitudes ou ao conjunto de sentimentos positivos que o terapeuta deve apresentar em relação ao cliente – habilidades empáticas – que são: autenticidade, sinceridade, genuinidade, honestidade, interesse, compreensão, abertura, estima, etc. Hackney e Nye (1977, citados em Silvaes e Gongora, 1998, pág.44) lembram que “*não basta sentir, é preciso demonstrar os sentimentos através de comportamentos verbais e não verbais*”. No entanto, a empatia envolve também a não demonstração de sentimentos negativos – trata-se do controle em relação a este tipo de sentimentos. Tal habilidade foi sugerida na literatura como a habilidade básica de entrevistar.

As habilidades não-verbais correspondem ao segundo conjunto de comportamentos que, geralmente, se relacionam à voz, expressão facial, postura corporal e aos gestos. Assim, voz modulada, suave e firme; animação da expressão facial; olhar direta e seguramente nos olhos do cliente; balançar a cabeça, ter gestos com as mãos e sorrir ocasionalmente; velocidade moderada da fala; uso eventual da expressão “hum-hum”; corpo relaxado; postura corporal adequada e dirigida ao paciente compõem este grupo de habilidades. Todas as respostas não verbais devem estar de acordo com a interação que se estabelecer com o cliente e com o conteúdo verbal do momento, e devem ser positivos e congruentes com os comportamentos verbais. O terapeuta deve ficar atento também aos comportamentos não verbais do cliente.

No terceiro conjunto de habilidades – de perguntar – estão incluídas tanto a formulação quanto a utilização de perguntas. Estas devem ser únicas: apresentadas uma de cada vez, diretas, precisas, breves, claras e completas, sem frases interrompidas, sem depender de gestos do terapeuta ou de suposições do cliente e a quantidade deve ser controlada para não tornar-se um “bombardeio” de perguntas. Após cada pergunta, a resposta deve ser esperada e sem interrupções. Perguntas com “por que” devem ser evitadas assim como as perguntas indutoras que já contenham as respostas.

As perguntas abertas, utilizadas na introdução de cada novo assunto, permitem uma melhor descrição do conteúdo abordado, levam a um maior número de informações, induzem o fornecimento de respostas genuínas e levam o cliente a eleger os pontos a serem incluídos na resposta.

Por outro lado, as perguntas fechadas facilitam respostas específicas e precisas, induzem respostas sim ou não, produzem respostas mais curtas e dirigem-se aos tópicos já introduzidos e eleitos pelo cliente.

Também fazem parte deste grupo os esclarecimentos (o terapeuta interrompe a fala do cliente e solicita-lhe esclarecimentos quando pequenos pontos da exposição, que pareçam importantes, estiverem confusos, sem prejuízo da continuidade do relato) e os pedidos de complementação (o terapeuta, ao final da exposição de um assunto, pede informações adicionais pertinentes as quais foram omitidas ou esquecidas pelo cliente). Tais estratégias, além de esclarecerem dúvidas, indicam, para o cliente, atenção e interesse por parte do terapeuta.

Operacionalizar informações também é uma habilidade central deste grupo e implica em descrever o problema de forma objetiva e identificável para ambos, terapeuta e cliente. Trata-se de ajudar o cliente a fazer, com suas palavras, descrições inequívocas do problema que está relatando, produzindo a segurança de que, ao referirem-se ao evento descrito, ambos estarão tratando do mesmo fato.

Há ainda a habilidade de parafrasear (ou reflexão da informação ou reflexão cognitiva) que trata-se de o terapeuta repetir as frases ditas pelo cliente, de modo a induzi-lo a pensar sobre o assunto. Tais frases devem merecer ser acentuadas devido ao seu conteúdo cognitivo relevante e a sua reprodução pode ser na íntegra ou com alterações mínimas, desde que o conteúdo seja precisamente o mesmo. *“Parafrasear é afirmar, não perguntar”* (pág. 52).

Quando o terapeuta faz uma descrição dos sentimentos do cliente visando facilitar a identificação dos mesmos por parte dele, ele está refletindo sentimentos, mais uma das habilidades deste grupo. Desta forma, o terapeuta leva o cliente a sentir-se mais aceito e compreendido por ele, bem como clarifica estados emocionais difusos por ser uma estratégia com um conteúdo predominantemente afetivo.

A habilidade de resumir (ou sumariar) consiste em apresentar ao cliente uma síntese das principais informações até então fornecidas por ele. Com esta estratégia o terapeuta verifica possíveis erros em seu entendimento e o cliente tem a oportunidade de rever sua própria fala (e ainda lembrar-se de outras informações). Ela deve ser utilizada no final da entrevista ou sempre que houver um grande volume de informações para evitar equívocos.

A direção da entrevista cabe ao terapeuta e, em qualquer circunstância, ele deve reconduzir a mesma para seus objetivos, tomando iniciativas, decisões e mudando seu

rumo sempre que necessário. Saber controlar a entrevista é também uma das habilidades necessárias aos terapeutas.

Correlacionando-se a esta habilidade, uma outra se faz necessária – a de saber manter seqüência. Seqüência é a continuidade, a coerência e o entrosamento entre a fala e demais comportamentos do cliente e do terapeuta, ou seja, “*refere-se à manutenção da qualidade e do fluxo da interação entre ambos*” (pág. 56). Para a manutenção da seqüência, são sugeridas a utilização de transições – frases e/ou perguntas adequadas para mudar de assunto – e *timing*, ou seja, o momento certo de fazê-las.

Após a descrição destas habilidades comuns aos terapeutas de diferentes abordagens teóricas, serão apresentadas características e habilidades desejáveis aos formandos e terapeutas que desejam seguir a abordagem cognitivo-comportamental.

Especificamente em relação aos terapeutas cognitivo-comportamentais, a literatura aponta diferentes qualidades necessárias a estes, dentre elas: postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança e flexibilidade na aplicação das técnicas.

No que se refere à abordagem cognitiva, Beck e Freeman (1993) ressaltam a importância da habilidade para desenvolver a cooperação, principalmente, quando se trata de atendimentos a pacientes com transtornos de personalidade. Tais autores declararam também que o terapeuta poderia desenvolver intervenções terapêuticas específicas e estratégias eficazes de tratamento uma vez tendo desenvolvido as habilidades práticas e teóricas da conceituação do caso.

Rangé (1998) acrescenta – às habilidades gerais anteriormente citadas, pelo mesmo autor - as seguintes habilidades específicas necessárias ao terapeuta desta corrente teórica:

- Análise, avaliação e formulação de caso – incluindo conhecimento teórico dos processos comportamentais e etiológicos relacionados aos problemas que os pacientes trazem para a sua terapia, e habilidades de entrevista para obter as informações necessárias, estabelecer uma relação de trabalho positiva, motivar o cliente, etc.;
- Uso adequado de técnicas terapêuticas – quais são as técnicas, em que momentos, com que tipo de paciente e de problemas devem ser usadas;
- Docentes – dizem respeito à capacidade para ensinar aos pacientes as habilidades necessárias à sua mudança;

- Questionamento socrático – refere-se à capacidade de confrontar a lógica falha que muitos pacientes apresentam, bem como questionar a base empírica e filosófica de suas “verdades” para que possam modificar seus estados emocionais patológicos ou suas estratégias de comportamento super e subdesenvolvidas;
- Decodificação de metáforas – um terapeuta precisa ter desenvolvido habilidades de interpretação de textos poéticos, literários, cinematográficos, teatrais, etc. para que possa compreendê-los e ajustar a linguagem terapêutica à linguagem e ao universo do cliente;
- Manejo de problemas especiais – já que, durante processos de terapia, surgem impasses, resistências, indicações de abandono, movimentos de sedução, sinais suicidas, raiva, etc. que exigem muitas habilidades específicas para seu adequado manejo;
- Comportamento ético – que envolve questões como quem é o seu cliente, confidencialidade, reconhecimento de seus próprios limites em termos de ser capaz de ajudar um paciente, etc.;
- Envolvimento de familiares – quando há a participação de familiares como parte do procedimento terapêutico, deve haver cuidado e um adequado manejo destas situações.

Beck e colaboradores (1997) sugeriram que o terapeuta deve atingir um equilíbrio apropriado – evitando uma atitude cordial demasiadamente intensa -, devendo prestar atenção cuidadosa aos sinais que sugerem que suas atitudes estão sendo contraproducentes. A melhor das opções consiste em perguntar diretamente ao paciente como ele percebe o terapeuta, já que o fator determinante não é o grau real de cordialidade expressado pelo terapeuta, mas sim a percepção da cordialidade pelo cliente. O profissional, geralmente transmite sua aceitação e cordialidade através de suas maneiras, tom de voz e modo de frasear suas palavras, de maneira que, inicialmente, o paciente requer mais demonstrações abertas de cordialidade para supor que o terapeuta realmente é atencioso.

Segundo os mesmos autores, a empatia acurada facilita a colaboração terapêutica e a revelação adicional de sentimentos e cognições, após o paciente considerar o terapeuta como compreensivo. A empatia refere-se a quão bem o terapeuta pode entrar no mundo do paciente e ver e experimentar a vida da forma como o paciente faz, assim, o terapeuta experimentará, em algum grau, os sentimentos do paciente e entenderá como

o paciente estrutura e reage a determinados eventos. Faz-se necessário distinguir entre simpatia - um sentimento de compaixão e compartilhamento ativo do sofrimento do paciente - e empatia, que inclui um componente intelectual juntamente com o emocional, e implica na habilidade de despegar-se dos sentimentos do paciente a fim de manter a objetividade em relação aos seus problemas.

A genuinidade é considerada um ingrediente também importante na terapia, porém não é suficiente o terapeuta ser genuíno, ele deve ter a habilidade de comunicar esta característica ao paciente. Um terapeuta genuíno deve ser honesto consigo e com o paciente, precisando mesclar diplomacia e honestidade para evitar que o paciente perceba erroneamente a franqueza como criticismo, hostilidade ou rejeição, acabando por evocar reações anti-terapêuticas.

Além de enfatizar estes aspectos, Beck e colaboradores (1997) elaboraram um *checklist* para verificação de habilidades terapêuticas. Este instrumento visa avaliar quão bem desenvolvidas estão as habilidades terapêuticas, por eles consideradas essenciais aos terapeutas cognitivos.

Tal avaliação pode ser feita pelo próprio terapeuta como pelo seu cliente, e inclui inúmeros fatores já citados aqui e outros como: saber identificar pensamentos automáticos (PA); saber ajudar o cliente a identificá-los, assim como saber usar técnicas adequadas para isso; questionar e testar os PAs; estabelecer hipóteses e testá-las; identificar pressuposições subjacentes; analisar a validade dos pressupostos ou esquemas; reagir com humor quando apropriado; manter contato visual; solicitar e oferecer sugestões e opções; preparar agenda; estabelecer trabalhos de casa; explicar a lógica das técnicas; antever problemas; transmitir preocupação, cuidado e segurança; saber resumir o que o paciente disse, suas emoções mais óbvias e as nuances mais sutis; dentre outras habilidades.

Além disso, Rangé (1998) ressalta a importância do desenvolvimento e treinamento em habilidades como: estruturação e condução do processo terapêutico, técnicas de entrevista, técnicas de avaliação e formulação de casos e habilidades de questionamento.

Segundo Falcone (2003), além destas já citadas, algumas outras habilidades precisam ser trabalhadas nos terapeutas uma vez que este tipo de terapia possui demandas específicas que precisam de treinamento para serem bem executadas, como: a ênfase no aqui-e-agora; sessões estruturadas e contínuas; treino em solução de problemas; reestruturação de pensamentos disfuncionais; papel ativo por parte do

terapeuta e do cliente; definição de metas; adesão às tarefas de auto-ajuda. Este terapeuta também deve saber informar o paciente sobre os princípios da terapia e solicitar um *feedback* ao final das sessões.

Uma outra autora, Otero (2001), identifica como bastante relevante a habilidade do profissional de “olhar por trás” das queixas apresentadas. Esta variável, geralmente, instala-se e aperfeiçoa-se durante as supervisões clínicas e desenvolve-se com o decorrer dos anos nas diferenciadas relações terapêuticas.

Como ressalta Shinohara (2001), aqueles terapeutas que querem ser somente técnicos em vez de pessoas acabam por limitar suas possibilidades terapêuticas. Além disso, esta autora enfatiza o fato de que a criatividade do profissional acaba sendo o seu maior trunfo quando é necessário fazer adaptações de modelos teóricos importados ou quando se tem de escolher algumas das técnicas – cognitivas, comportamentais ou experienciais -, adequando-as versatilmente sempre que necessário.

Alguns aspectos também ressaltados por Meyer e Vermes (2001) como relevantes para a aliança terapêutica e para avaliação positiva do terapeuta são: a apresentação recorrente de comportamentos gestuais (assentimento com a cabeça, sorrisos, aproximação do corpo em direção ao cliente, etc), grande número de verbalizações do terapeuta e do cliente referentes a eventos privados (sentimentos e pensamentos) e uma postura não tão frequentemente diretiva do terapeuta.

Falcone (2003) ressalta a influência das habilidades sociais na qualidade das relações interpessoais. As atitudes empáticas e assertivas manifestadas na interação com o cliente compõem o saber “relacionar-se eficazmente”. No caso dos terapeutas, estas habilidades têm sido reconhecidas como um complemento indispensável ao conhecimento técnico para a eficácia do tratamento – principalmente no que se refere ao tratamento com pacientes considerados “difíceis”. Tais pacientes demandam do profissional um nível de tolerância e esforço bem maior do que o necessário em qualquer outro contexto interacional, bem como o desenvolvimento de habilidades sociais ainda mais refinadas para lidar com os impasses interpessoais que certamente surgirão ao longo do processo terapêutico.

Segundo Rangé e Erthal (1987), a interação terapeuta-cliente deve acontecer em um clima de autenticidade, otimismo, aceitação e consistência. Para desenvolver a aceitação incondicional é necessário conhecimento, desenvolvimento de um repertório afetivo e compreensão da dificuldade em mudar - adquiridos através da busca de

informações, inclusive fora de sua área de atuação, e da vontade de aprender a aprender com os outros (Kerbaudy, 2001).

Para conduzir a terapia como sugere os autores acima, o terapeuta deverá ser uma pessoa sensível às relações humanas para poder compreender o cliente tanto nas suas limitações quanto nas suas potencialidades. Deve ser também congruente em seu próprio comportamento, de modo a fornecer um modelo adequado ao paciente. A flexibilidade em sua atuação também é essencial, uma vez que assim ele consegue apreender o momento emocional do cliente e definir melhor a forma de conduzir as entrevistas e as sessões. É importante que o profissional também demonstre assertividade, ou seja, mostre-se honesto, direto, e adequado na expressão de suas idéias e sentimentos. Sobre o profissional, Rangé e Erthal (1987) resumem: “*Sendo autêntico, também modela autenticidade, congruência e assertividade*” (p. 47).

O terapeuta deve também apresentar comportamentos como os de um observador atento e interessado que ativamente busca dados capazes de orientar o seu trabalho. Suas interrupções são, geralmente, perguntas feitas para esclarecer algum aspecto obscuro ou incompreendido, para testar hipóteses que estará fazendo acerca do caso mas, principalmente, para mostrar ao cliente que está compreendendo o que lhe está acontecendo. É de suma importância que este profissional esteja capacitado para integrar todos os aspectos envolvidos na problemática apresentada, para que, desta forma, possa obter uma análise ampla e adequada, e possa apresentar ao seu cliente um plano de tratamento e a antecipação de um projeto sobre o qual deverá se pautar a terapia.

Além disso, Rangé (1998) ressalta a necessidade de o terapeuta saber explicar a técnica que potencialmente será utilizada, bem como saber definir sua base teórica, as evidências empíricas que justificam seu uso e, principalmente, quando e com quem usá-las.

No entanto, apesar de o emprego adequado da técnica ser relevante e necessário, parece ser complementar, pois é preciso, antes de tudo, o estabelecimento de uma boa relação de trabalho e uma análise ampla e completa, para a obtenção de dados e a formulação do problema, a partir dos quais se decidirá que técnicas devem ser empregadas, em que momento e com qual cliente.

Uma outra variável de grande influência é o ponto de equilíbrio entre a segurança do saber teórico-técnico e a humildade frente ao problema, devendo o profissional ter clareza entre as certezas do conhecimento, sua aplicabilidade e seus

limites, sabendo admitir o que sabe e o que não sabe, e decidindo sobre o mais adequado para aquele cliente (Otero, 2001).

Ampliando este tema, Silvaes (1997) descreve a importância de se desenvolver a habilidade em avaliar se há ou não algo para ser feito pelo clínico, o que há para ser feito, e quando e como será feita a intervenção clínica.

Por ter um compromisso com a Ciência, o terapeuta deve responder também a contingências geradas pela comunidade científica e isto lhe exige método, disciplina e atitudes que um treinamento científico fornece, pois “*o profissional que se comporta como cientista avalia melhor o que está fazendo no seu dia-a-dia, o que torna seu trabalho mais ético e significativo.*” (Rangé, 1995, pág. 350).

Dessa forma, após a descrição de todos estes aspectos, é esperado que fiquem claras as principais habilidades necessárias tanto para um atendimento clínico adequado como para a realização de boas entrevistas. A necessidade de desenvolvimento das tais características pessoais e profissionais, bem como seu aprimoramento constante é essencial para que a prática clínica dos terapeutas iniciantes tenha um bom respaldo teórico e prático. Segundo Beck e Freeman (1993), cabe aos terapeutas constantemente desenvolver, aprimorar e ampliar suas habilidades mediante treinamento adicional.

Assim, após a descrição realizada até o momento acerca da formação do psicólogo, será realizada uma investigação sobre alguns dos aspectos abordados. Tal estudo terá como objetivos: identificar se habilidades relevantes aos terapeutas profissionais foram desenvolvidas durante a graduação e que habilidades específicas demandam maior aprimoramento.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA

SUJEITOS

A amostra foi composta por 38 sujeitos, de ambos os sexos, provenientes de faculdades públicas e particulares, da cidade do Rio de Janeiro, em seus últimos anos de formação, que estejam realizando estágio curricular supervisionado, na sua instituição de ensino, e por profissionais que tenham no máximo seis meses de experiência clínica. Estudantes e profissionais iniciantes de diferentes abordagens teóricas foram incluídos neste estudo.

INSTRUMENTO

Foi construído um questionário específico para este estudo, tendo como base o “*Checklist para feedback em entrevista clínica inicial*” (Gongora, 1997) e a “*Lista de verificação de competência para terapeutas cognitivos*” (Beck et al, 1997). Foram apresentados neste instrumento itens que avaliavam aspectos interpessoais (habilidades gerais relevantes) e outros que diziam respeito à aplicação do conhecimento teórico-técnico, na interação com o cliente (habilidades específicas).

O instrumento utilizado para a coleta de dados é um questionário composto por perguntas fechadas, que devem ser respondidas, de acordo com uma gradação (zero a cinco), indicando quão fácil foi desempenhar seu papel de terapeuta ou quão preparado o estudante (ou o profissional iniciante) se sentiu, durante seus primeiros atendimentos clínicos.

Os itens do questionário relativos aos aspectos interpessoais dizem respeito às habilidades gerais de interação terapeuta/cliente desejáveis ao bom desempenho profissional. São os itens numerados de 1 (um) a 10 (dez).

Já os itens referentes à aplicação do conhecimento na prática clínica têm o intuito de indicar quão bem preparados os estudantes e os recém-formados estão para aplicar o arcabouço teórico-técnico aprendido, ao longo do curso, durante os atendimentos. Os itens de número 11 (onze) a 21 (vinte e um) correspondem a este aspecto.

PROCEDIMENTO

Foram contactados estudantes de cinco faculdades, da cidade do Rio de Janeiro. Estes contatos foram feitos via internet (por acesso direto aos e-mails dos alunos) e/ou diretamente nas faculdades em que estudam. A seguir, através do uso do questionário - especificamente elaborado para esta pesquisa -, os sujeitos responderam às perguntas propostas, de acordo com uma graduação (0 = muito despreparado a 5 = bem preparado), a fim de que relatassem suas próprias experiências clínicas, a partir do estágio curricular.

No caso dos sujeitos recém formados em Psicologia, que tinham experiência clínica que não ultrapassasse seis meses, estes foram contactados individualmente, via e-mail ou pessoalmente, para que preenchessem o questionário da mesma forma que os estudantes.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

A amostra foi composta por 38 (trinta e oito) sujeitos, sendo 18 (dezoito) deles provenientes de faculdades públicas (G1) e, 20 (vinte), de faculdades particulares (G2), da cidade do Rio de Janeiro. Dentre a amostra total, 34 (trinta e quatro) eram estudantes, do último ano da faculdade de Psicologia, enquanto 4 (quatro) eram terapeutas recém formados – com até seis meses de formatura.

Na amostra total, havia 32 (trinta e duas) mulheres e 6 (seis) homens, sendo que a parcela de profissionais era composta somente por mulheres. A idade média do grupo que estuda e/ou estudou em faculdades públicas é de 23,8 anos; enquanto que, a do grupo dos estudantes / profissionais das faculdades particulares é de 26,3 anos. Segue a Tabela 1 que resume os dados até aqui apresentados:

TABELA 1

Instituição de ensino	<i>Alunos em formação</i>		<i>Terapeutas recém formados</i>		<i>Amostra total</i>		
	n	%	n	%	H	M	Idade Média
Faculdades públicas	17	44,75	1	2,6	4	14	23,8
Faculdades particulares	17	44,75	3	7,9	2	18	26,3
<i>Total</i>	<i>34</i>	<i>89,5</i>	<i>4</i>	<i>10,5</i>	<i>6</i>	<i>32</i>	

Representação da amostra

O grupo das faculdades públicas engloba alunos que estudam e/ou estudaram na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sendo 9 (nove) alunos de cada uma destas universidades. Enquanto que, as faculdades particulares que participaram desta pesquisa foram a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC – RIO), com 17 (dezesete) alunos e/ou profissionais; a Universidade Veiga de Almeida (UVA), unidade Tijuca, com 2 (dois)

alunos e, a Faculdade Estácio de Sá, com 1 (um) representante, sendo este um profissional recém formado.

No questionário, as perguntas numeradas de 1 (um) a 10 (dez) referiam-se às habilidades interpessoais desejáveis a um bom terapeuta, conforme bibliografia sobre o assunto. Os sujeitos deveriam fazer uma auto-avaliação de seu desempenho, a partir dos atendimentos realizados na última semana, no que se refere a estas habilidades. Os escores obtidos em cada um destes itens foram somados e transformados em percentuais que refletem quão bem preparados e/ou confortáveis os estudantes/recém-formados se sentiram. A soma máxima possível dos itens, desta parte do questionário, era de 50 (cinquenta) pontos o que corresponderia, nas tabelas a seguir, a 100%, nas colunas Total 1 (índice de auto-avaliação sobre as habilidades interpessoais).

Já as perguntas do número 11 (onze) ao 21 (vinte um) eram relativas à aplicação do conhecimento teórico-técnico na prática clínica, adquirido durante a graduação. Os sujeitos deveriam refletir também sobre seus atendimentos da última semana e fazer uma auto-avaliação de seu desempenho nesse aspecto. Os escores obtidos nesses itens também foram somados e transformados em percentuais, refletindo quão bem preparados os estudantes/recém-formados declararam na aplicação deste conhecimento. Nesta parte do questionário, a soma máxima possível dos itens era de 55 (cinquenta e cinco) pontos o que corresponderia a 100%, quando transformada em percentual, nas colunas Total 2 (índice de auto-avaliação sobre a aplicação teórico-técnica).

O escore geral máximo possível no questionário era de 105 (cento e cinco) pontos o que significaria conforto e preparação totais no desempenho das funções terapêuticas e, nas tabelas a seguir, corresponderia a 100 %, nas colunas de Total geral (índice de desempenho global em psicoterapia).

A última linha das Tabelas 2 e 3 (Média), relaciona a média (em percentual) de pontuação obtida no desempenho das habilidades interpessoais, na aplicação do arcabouço teórico-técnico e no desempenho global dos alunos/recém-formados, verificada em cada um dos grupos avaliados (G1 e G2).

A coluna “Número de atendimentos” corresponde ao número de pacientes atendidos, por cada um dos sujeitos, na semana anterior ao preenchimento do questionário. Na última linha, aparece a média de atendimentos realizada pelos alunos/recém-formados, que estudam/estudaram em faculdades públicas (G1).

Em seguida, na Tabela 2, constarão o número de pacientes atendidos por cada um dos sujeitos que compõem o G1 e os percentuais relativos ao *índice de avaliação*

subjetiva sobre as habilidades interpessoais (coluna Total 1), ao índice de avaliação subjetiva sobre a aplicação teórico-técnica (coluna Total 2), ao índice de desempenho global em psicoterapia (coluna Total geral) dos alunos/recém-formados de faculdades públicas (G1).

TABELA 2

Faculdades Públicas (G1)				
Sujeito	Número de atendimentos	TOTAL 1 (%)	TOTAL 2 (%)	TOTAL GERAL (%)
1	1	82,0	90,9	86,7
2	1	88,0	78,2	82,8
3	6	52,0	29,1	40,0
4	1	48,0	27,3	37,1
5	2	72,0	72,7	72,4
6	2	76,0	63,6	69,5
7	3	90,0	69,1	79,0
8	2	54,0	61,8	58,1
9	2	84,0	61,8	72,4
10	4	76,0	76,4	76,2
11	4	32,0	69,1	51,4
12	6	62,0	66,7	63,8
13	3	72,0	65,0	68,9
14	3	73,3	70,0	71,8
15	4	80,0	78,2	79,0
16	1	66,0	65,0	65,5
17	6	62,0	58,2	60,0
18	5	71,1	72,7	72,0
MÉDIA	3,1	68,9	65,3	67,0

Resultados dos sujeitos provenientes de faculdades públicas

Na Tabela 3, serão expostos os mesmos dados referentes aos alunos/recém-formados das faculdades particulares (G2).

TABELA 3

Faculdades Particulares (G2)				
Sujeito	Número de atendimentos	TOTAL 1 (%)	TOTAL 2 (%)	TOTAL GERAL (%)
1	1	66,0	70,1	68,6
2	2	84,0	60,0	71,4
3	2	66,0	61,8	63,8
4	1	68,0	60,0	64,4
5	1	46,0	61,8	54,3
6	2	70,0	NR	--
7	1	68,0	47,3	57,1
8	3	88,0	83,6	85,7
9	2	76,0	87,2	81,9
10	3	64,0	47,2	55,2
11	4	70,0	65,4	67,6
12	1	62,0	50,9	56,2
13	1	66,0	63,6	64,7
14	1	56,0	60,0	58,1
15	1	78,0	NR	--
16	1	82,2	66,7	76,0
17	1	64,0	57,1	61,2
18	2	90,0	85,4	87,6
19	2	80,0	80,0	80,0
20	2	86,0	78,2	81,9
MÉDIA	1,7	71,5	65,9	68,65

Resultados dos sujeitos provenientes de faculdades particulares

NR = perguntas não respondidas

Os sujeitos 6 e 15, do grupo das faculdades particulares (G2), não responderam a nenhuma das perguntas correspondentes ao índice de avaliação subjetiva sobre a aplicação teórico-técnica, ou seja, as perguntas do número 11 (onze) ao 21 (vinte e um) foram deixadas em branco. Por este motivo, os escores destes sujeitos não foram computados na média do Total 2, nem na média do Total Geral, deste grupo.

A seguir, nas Tabelas 4 e 5, os sujeitos estão subdivididos pela abordagem teórica que escolheram para o atendimento clínico. Na Tabela 4, constam os números de atendimentos e os dados referentes aos índices avaliados, em percentuais, relativos aos sujeitos que se identificam exclusivamente com a Terapia cognitivo-comportamental (TCC).

TABELA 4

Terapia Cognitivo-comportamental (TCC)				
Sujeito	Número de atendimentos	TOTAL 1 (%)	TOTAL 2 (%)	TOTAL GERAL (%)
1	1	82,0	90,9	86,7
2	1	88,0	78,2	82,8
6	2	76,0	63,6	69,5
7	3	90,0	69,1	79,0
8	2	54,0	61,8	58,1
9	2	84,0	61,8	72,4
10	4	76,0	76,4	76,2
11	4	32,0	69,1	51,4
15	4	80,0	78,2	79,0
17	6	62,0	58,2	60,0
18	5	71,1	72,7	72,0
23	1	46,0	61,8	54,3
28	3	64,0	47,2	55,2
29	4	70,0	65,4	67,6
36	2	90,0	85,4	87,6
37	2	80,0	80,0	80,0
38	2	86,0	78,2	81,9
<i>MÉDIA</i>	2,8	71,8	70,5	71,4

Distribuição dos sujeitos pela abordagem teórica que se identificam (TCC)

E, a seguir, na Tabela 5, são apresentados os números de atendimentos e os percentuais relativos aos diferentes índices investigados, dos sujeitos que se identificam com as demais abordagens teóricas, ou seja, farão parte deste grupo os sujeitos que se mostraram em dúvida quanto a sua linha teórica de escolha ou que claramente seguem outra abordagem teórica diferente da TCC.

TABELA 5

Outras abordagens teóricas				
Sujeito	Número de atendimentos	TOTAL 1 (%)	TOTAL 2 (%)	TOTAL GERAL (%)
3	6	52,0	29,1	40,0
4	1	48,0	27,3	37,1
5	2	72,0	72,7	72,4
12	6	62,0	66,7	63,8
13	3	72,0	65,0	68,9
14	3	73,3	70,0	71,8
16	1	66,0	65,0	65,5
19	1	66,0	70,1	68,6
20	2	84,0	60,0	71,4
21	2	66,0	61,8	63,8
22	1	68,0	60,0	64,4
24	2	70,0	NR	--
25	1	68,0	47,3	57,1
26	3	88,0	83,6	85,7
27	2	76,0	87,2	81,9
30	1	62,0	50,9	56,2
31	1	66,0	63,6	64,7
32	1	56,0	60,0	58,1
33	1	78,0	NR	--
34	1	82,2	66,7	76,0
35	1	64,0	57,1	61,2
MÉDIA	2,0	68,5	61,3	64,7

Distribuição dos sujeitos pela abordagem teórica que se identificam (outras)

NR = perguntas não respondidas

Os sujeitos 24 e 33, como já dito anteriormente, não responderam às perguntas relativas ao *índice de avaliação subjetiva sobre a aplicação teórico-técnica*, logo, também não foram contabilizados no cálculo da média do Total 2 e na média do Total Geral, deste grupo de sujeitos que não se identificam com a TCC.

A transformação da soma dos escores brutos de cada um dos sujeitos, nos diferentes grupos de perguntas e no total geral, para percentuais foi realizada para minimizar distorções nos resultados e na análise, uma vez que algumas perguntas não foram respondidas por alguns sujeitos.

CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, algumas análises podem ser feitas a respeito do desenvolvimento das habilidades interpessoais e do aprendizado teórico-técnico adquirido durante a formação acadêmica do curso de Psicologia e dos profissionais recém-formados.

Ao fazer uma análise mais ampla dos dados e observando as Tabela 2 e 3, que contém os dados separados pelas instituições de ensino, pode-se concluir que as médias gerais dos grupos 1 (67,0) e 2 (68,65) são bem próximas, ou seja, as médias gerais referentes ao índice de desempenho global em psicoterapia estão similares entre os grupos das faculdades públicas e das faculdades particulares. Essa proximidade das médias gerais pode apontar para um equilíbrio, entre as diferentes instituições avaliadas, no que se refere ao desenvolvimento das habilidades interpessoais e quanto ao aprendizado teórico-técnico, desejáveis a um bom terapeuta.

Além disso, as médias 1 (relativas ao Total 1) – 68,9 e 71,5 – e as médias 2 (referentes ao Total 2) – 65,3 e 65,9 -, de ambos os grupos, respectivamente também se aproximam, o que confirma a homogeneidade dos grupos.

Analisando apenas o G1 – grupo das faculdades públicas -, pode-se perceber que as médias 1 e 2 se encontram bem próximas – 68,9 e 65,3 -, indicando que as habilidades interpessoais e a fundamentação clínica, a partir do arcabouço teórico-técnico, foram similarmente desenvolvidas durante a formação acadêmica.

Quando se observa apenas as médias 1 e 2 (71,5 e 65,9) do G2 – grupo das faculdades particulares -, uma proximidade entre os valores é verificada, o que pode se relacionar também a um aprimoramento similar das habilidades interpessoais e do aprendizado teórico-técnico.

Em ambos os grupos, verifica-se que as médias 1 (68,9, em G1 e 71,5, em G2) são maiores que as médias 2 (65,3, no G1 e 65,9, no G2). Isto pode estar relacionado ao fato de que as habilidades interpessoais, variável avaliada nas médias 1, podem ser desenvolvidas de várias outras formas que não só pela formação acadêmica. Esta variável pode ser influenciada pelas características pessoais, pelo aprendizado social e pela supervisão clínica, por exemplo. Já as médias 2 são amplamente dependentes da formação acadêmica formal e da realização de atividades extra curriculares (participação em congressos, grupos de estudo, etc) que complementam a graduação.

As médias gerais (67,0, de G1 e 68,65, de G2) podem indicar que os terapeutas em formação ainda têm muito o que desenvolver como profissionais, porém, ao mesmo tempo, apontam para o fato de que os sujeitos acreditam que quase 70 % das habilidades necessárias para bem desempenhar a função terapêutica já foram adquiridas, durante a graduação. Isso pode trazer à tona os seguintes questionamentos: será que algum terapeuta acredita já ter desenvolvido as habilidades necessárias ao desempenho de sua função, num grau de 100% ? Será que, após aplicação deste mesmo instrumento, a terapeutas experientes as médias seriam maiores? Será que as médias (1, 2 e geral) se aproximariam a 100%, em terapeutas mais experientes? Além disso, devem ser pensadas quais outras variáveis influenciariam a percepção de conforto, preparação e facilidade no desempenho da função de terapeuta.

Passando a uma análise mais específica dos resultados, ou seja, tomando-se os escores (percentuais) individuais, de ambos os grupos, podem-se observar alguns achados interessantes:

A partir da Tabela 2, verifica-se que, neste grupo, a variabilidade dos escores, em percentuais, foi maior que no grupo das faculdades particulares, ou seja, a distância entre o escore mais baixo e o escore mais alto foi maior, em G1.

Os sujeitos 3 e 4, das faculdades públicas, tiveram os menores percentuais nos três índices avaliados: índice de avaliação subjetiva sobre as habilidades interpessoais (52,0 e 48,0), índice de avaliação subjetiva sobre a aplicação teórico-técnica (29,1 e 27,3) e índice de desempenho global em psicoterapia (40,0 e 37,1). Estes sujeitos estão no último ano de formação e ainda têm uma indefinição quanto à abordagem teórica que desejam seguir, apesar de já estarem fazendo atendimentos clínicos. Talvez esta dificuldade em escolher uma fundamentação teórico-técnica para desempenhar a função terapêutica possa levar ao desconforto e à sensação de despreparo durante os atendimentos, o que se refletiu nos baixos escores apresentados.

Analisando a Tabela 3, percebe-se que os sujeitos que apresentaram as menores médias (sujeitos 5 e 10), deste grupo, apresentaram perfis diferentes. Um deles (sujeito 5) apresentou um valor de Total Geral diminuído (54,3) por causa do baixo escore no Total 1 (46,0 -índice de avaliação subjetiva sobre as habilidades interpessoais); enquanto que o outro (sujeito 10) apresentou baixo escore no Total 2 (47,2) o que diminuiu o índice de desempenho global em psicoterapia (Total Geral – 55,2). Esta diferenciação de perfis significa que o primeiro deles se sentiu menos confortável e menos preparado para desempenhar habilidades interpessoais e que, o segundo, sentiu-

se menos preparado e com maiores dificuldades em aplicar o aprendizado teórico-técnico na sua prática clínica.

Observando a coluna “Número de atendimentos”, de ambos os grupos, verifica-se que a média de número de atendimentos em faculdades particulares é menor que a média de atendimentos em faculdades públicas. Isso talvez possa ocorrer porque, em uma das faculdades públicas, os atendimentos são feitos ao longo de dois anos, enquanto nas faculdades particulares, são por apenas um ano. Ou ainda pelo fato de os atendimentos nas instituições públicas serem isentos de qualquer tipo de pagamento, enquanto, nas particulares, um pagamento mínimo é requisitado e, portanto, existe uma demanda diferenciada. Uma outra explicação possível seria o fato de que, por serem instituições públicas, dirigidas a prestarem serviços à população geral, estas seriam requisitadas a fazer o maior número possível de atendimentos.

Ao se analisar os sujeitos com maiores escores, nos Totais 1, 2 e Geral, de ambos os grupos, verifica-se que eles atenderam em média dois pacientes, na última semana, e que 75% deles são de formandos/recém-formados com abordagem teórica definida para terapia cognitivo-comportamental (TCC).

A partir das Tabelas 4 e 5, pode-se verificar que as médias 1, 2 e geral, do grupo de sujeitos que se identificam exclusivamente com a TCC, são um pouco maiores que as médias (1, 2 e geral), do outro grupo de sujeitos.

As médias 1, de ambos os grupos – 71,8 e 68,5 –, que relacionam os índices de avaliação subjetiva sobre as habilidades interpessoais, apresentam-se bem próximas, o que pode se justificar pela aquisição destas habilidades não exclusivamente a partir do aprendizado acadêmico formal, como anteriormente discutido.

As médias 2 – 70,5, do grupo de TCC e 61,3, do outro grupo -, entretanto, já se encontram um pouco mais afastadas, sendo a média do grupo das outras abordagens teóricas, mais baixa. Esse fato pode estar relacionado à utilização, no questionário, de uma linguagem mais próxima à abordagem cognitivo-comportamental, apesar de ajustes realizados com o intuito de minimizar esta influência.

No grupo de sujeitos que se identificam exclusivamente com a TCC – Tabela 4 -, o sujeito 36 se destaca pelo fato de ter obtido o maior escore T1 (90,0), um dos maiores escores T2 (85,4) e o maior escore Total Geral (87,6), valores que estão bem acima das médias deste grupo e que indicam uma auto-avaliação bastante satisfatória nos diferentes índices avaliados. Tais escores elevados podem estar relacionados ao fato

de ela já ter desenvolvido habilidades sociais e interpessoais ao longo de sua vida e à possibilidades de esta ter sido a sua segunda formação.

O sujeito 7, deste grupo, chama a atenção por ter obtido o maior escore T1 (90,0), juntamente com o sujeito 36. Apesar de seu escore T1 ser o mais alto do grupo e de seu escore geral estar acima da média (79,0), seu escore T2 foi relativamente baixo (69,1) o que levanta alguns questionamentos: será que este escore T2 baixo pode estar relacionado ao fato deste sujeito estar no sétimo período? Será que a idade acima da média faz o índice relativo às habilidades interpessoais subir? Será que a possibilidade desta ser a sua segunda formação pode elevar seu escore relativo às habilidades sociais, já que esta habilidade é suscetível à experiência pessoal?

Já os sujeitos que tiveram os menores escores gerais, neste mesmo grupo, tiveram também os menores escores em T1. São os sujeitos 11 (32,0, em T1 e 51,4, em T geral) e 23 (46,0, em T1 e 54,3, em T geral), ambos do sexo feminino e com escores bem menores que as médias (71,8, em T1 e 71,4, em T geral).

No que se refere ao grupo com sujeitos que se identificam com outras abordagens teóricas ou que estão ainda indefinidos quanto a que linha teórica seguir, podem-se verificar os seguintes dados: o sujeito 26 obteve os maiores escores em T1 (88,0) e no Total geral (85,7), e um dos maiores em T2 (83,6), todos eles bem melhores que os valores médios do grupo (68,5, em T1; 61,3, em T2; e, 64,7, em Total geral). O sujeito que obteve maior escore em T2 (87,2), também obteve o segundo maior escore geral (81,9), porém não se destacou no escore T1 (76,0), apesar de mantê-lo acima da média do grupo.

Chama a atenção o fato destes dois sujeitos terem respondido adequadamente a segunda parte do questionário (perguntas relativas à aplicação teórico-técnica) e ainda terem obtido altos escores, enquanto outros participantes responderam apenas algumas ou nenhuma das perguntas desta parte. Será que estes dois sujeitos conseguiram captar o sentido da pergunta proposta e adaptar à prática psicanalítica e os não-respondentes não tiveram esta capacidade?

Os sujeitos 3 e 4 foram os que tiveram piores escores nos três índices avaliados. Ambos são mulheres, estudantes de faculdades públicas e mostram-se indefinidas quanto à linha teórica que desejam seguir.

Percebe-se que, em geral, os alunos que não se definiram pela abordagem teórica, mas que mesmo assim estão fazendo atendimentos clínicos, obtiveram escores

relativamente baixos. Assim, parece ser a definição por uma abordagem teórica um facilitador para a prática clínica satisfatória.

CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra foi composta, em sua maioria, por estudantes dos últimos anos de formação em psicologia, contendo apenas alguns sujeitos em início de carreira. Foi percebida certa homogeneidade na distribuição dos sujeitos quanto às instituições de ensino. As médias relativas ao índice de avaliação subjetiva sobre as habilidades interpessoais, de ambos os grupos, foram bem próximas, com superioridade no grupo de estudantes/recém-formados de faculdades particulares. Quando o índice de auto-avaliação sobre a aplicação teórico-técnica, na prática clínica, foi avaliado, médias menores que as do primeiro índice foram encontradas, entretanto, ambos os grupos revelaram aproveitamentos bem próximos.

O fato de as médias relativas às auto-avaliações de habilidades interpessoais e de interação terem se revelado mais altas pode ser explicado pela aquisição por vias variadas deste tipo de habilidade, enquanto que a aquisição do arcabouço teórico-técnico está estritamente relacionado ao ensino formal e às atividades extra-curriculares.

Quando a amostra foi dividida pela abordagem teórica de identificação dos sujeitos, o grupo de escolha da abordagem cognitivo-comportamental mostrou-se com médias mais elevadas, o que pode estar, de alguma forma, relacionado ao tipo de linguagem utilizada no questionário. Esta pouca familiaridade com o vocabulário utilizado no instrumento não justifica, por completo, alguns baixos índices encontrados no grupo de sujeitos que se identificam com outras abordagens teóricas ou que estão ainda indefinidos a respeito de que linha seguir.

Aliás, este achado mostrou-se bastante consistente: a indefinição sobre que linha teórica seguir está relacionada a maiores índices de desconforto e despreparo durante os atendimentos clínicos.

Diferenças na média de atendimentos realizados pelo aluno em formação entre os distintos tipos de faculdades (públicas e particulares) também chamou a atenção. As altas demandas de atendimento à população geral, esperadas das instituições públicas, podem propiciar maior prática a seus alunos.

Algumas limitações deste trabalho são: o número reduzido de sujeitos; o uso de linguagem, no instrumento, mais familiar aos que se identificam com a abordagem cognitivo-comportamental; e o baixo número de profissionais recém-formados que participaram.

Este estudo pretende ser piloto para uma avaliação mais extensa destas variáveis em população amostral maior, porém mais específica. Os próximos objetivos tenderão no sentido de coletar informações dos alunos e recém-formados, em prática da terapia cognitivo-comportamental. Estes dados servirão como base para ênfases curriculares e de supervisão clínica, em cursos de formação nesta abordagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptistussi, Maira C. (2001) “Bases teóricas para o bom atendimento em clínica comportamental.” Em Wielenska, Regina C (org). *Sobre Comportamento e Cognição – questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, volume 6.
- Beck, Aaron T.; Rush, A. John; Shaw, Brian F.; Emery, Gary (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, Aaron; Freeman, Arthur (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chaves, A. M. (1992). “Trinta anos de regulamentação: análises e depoimentos”. *Psicologia: Ciência e profissão*, 12 (2): 4-9.
- Cordioli, Aristides V. (1998). “As psicoterapias mais comuns e suas indicações.” Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cordioli, Aristides V. (1998). “Como atuam as psicoterapias”. Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cordioli, Aristides V. (1998). “Qual a psicoterapia mais adequada ao paciente?” Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Conselho Nacional de Educação. “Notícia: Diretrizes curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.” *Psicologia: teoria e pesquisas*. Mai-Ago. 2004, volume 20, nº 2, pág. 205 – 208. www.mec.gov.br/cne/diretrizes.shtm - em 01 de setembro de 2005.
- Deitos, T. Fátima H.; Gil, Jesus L. (1979). *Manual de técnicas psicoterápicas*. Santa Maria, RS: Imprensa Universitária-UFSM.
- Dewald, Paul (1986). *Psicoterapia – uma abordagem dinâmica*. 3ª edição; Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dreiblat, Irwin S.; Barach, Roland; Nadelman, Deborah J.; Zaro, Joan S.(1980). *Introdução à prática psicoterapêutica*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.
- Eizirik, Cláudio L.; Libermann, Zelig; Costa, Flavia (1998). “A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica”. Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Falcone, Eliane Mary de O. (2003). “As habilidades sociais do terapeuta cognitivo-comportamental na interação de pacientes difíceis”. Em Del Prette, Almir e Del

Prette, Zilda, A. (Organizadores) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem. Questões conceituais, avaliação e intervenção*. Campinas, São Paulo: Editora Alínea.

- Freud, Sigmund (1905). Fragmentos da análise de um caso de histeria. Em *Um caso de histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII; Rio de Janeiro: Imago, edição de 1969.
- Fiorini, Hector J. (1985). *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves S. A., 6ª edição.
- Guilhardi, Helio J. (1987). “A formação do terapeuta comportamental. Que formação?”. Em Lettner, Harold W. e Rangé, Bernard P. (orgs.) *Manual de Psicoterapia Comportamental*. São Paulo: Manole.
- Gongora, Maura A. (1997). “Aprendendo entrevista cínica inicial: contribuições para a formação do terapeuta.” Em Banaco, Roberto A. (org.) *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. São Paulo: ARBytes LTDA, volume 1.
- “Novas diretrizes para a formação generalista.” *Jornal PSI*, ano 17, nº 118, set./out., 1999. www.crpsp.org.br – em 08 de setembro de 2005.
- Junior, Armando R. (1999). “Das discussões em torno da formação em Psicologia às Diretrizes Curriculares.” *Psicologia: teoria e prática*, 1 (2): pág. 3 – 8.
- Kerbauy, Rachel R. (2001). “O repertório do terapeuta sob a ótica do supervisor e da prática clínica”. Em Guilhardi, Helio J.; Madi, Maria Beatriz B. P.; Queiroz, Patrícia P.; Scoz, Maria Carolina (orgs.) *Sobre Comportamento e Cognição – expondo a variabilidade*. Santo André, SP: ESETec Editores associados, volume 7.
- Leibel, Letícia A. (2004). “A passagem do estado de aluno de Psicologia para o estado de profissional de Psicologia”. Biblioteca on-line, em www.biblioteca.estacio.br/artigos/007.htm - em 01 de setembro de 2005.
- Meyer, Sonia; Vermes, Joana S. (2001). “Relação terapêutica”. Em Rangé, Bernard (organizador), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Rangé, Bernard; Erthal, Teresa C. S. (1987). “A relação terapêutica na abordagem comportamental”. Em Lettner, Harold W. e Rangé, Bernard. (orgs.) *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.
- Rangé, Bernard; Guilhardi, Helio; Kerbauy, Rachel; Falcone, Eliane; Ingberman, Yara. (1995). “Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva”. Em Rangé, Bernard (org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, São Paulo: Editorial Psy, pág. 332-351.

- Rangé, Bernard. (1998). “Relação terapêutica”. Em Rangé, Bernard (org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*. São Paulo, SP: Psy, pág. 43 – 61.
- Rodrigues, Vitor e Hutz, Marisa (1998). “O apoio como fator de mudança nas psicoterapias”. Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Otero, Vera R. L. (2001). “Psicoterapia funciona?” Em Wielenska, Regina C (org.) *Sobre Comportamento e Cognição – questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, volume 6.
- Silveiras, Edwiges F. (1997). “Dificuldades, na graduação e pós-graduação, com a prática clínica comportamental”. Em Banaco, Roberto A. (org.) *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. São Paulo: ARBytes LTDA, volume 1.
- Silveiras, Edwiges F. e Gongora, Maura A. (1998). *Psicologia clínica comportamental – a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo, SP: Edicon.
- Shinohara, Helene (2001). “Psicoterapia funciona?”. Em: *Estudos e pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, Ano 1, nº 1, 1º semestre.
- Shinohara, Helene. (2004) “A prática da terapia cognitiva em clínica-escola”. Em Vilhena, Junia (org.) *A clínica na universidade – teoria e prática*. Rio de Janeiro; Editora Puc-Rio, pág. 89 – 93.
- Sprinz, Isaac e Borowski, Sheyla M. (1998). “O Insight como fator de mudança”. Em Cordioli, Aristides V. *Psicoterapias – Abordagens atuais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zamignani, Denis R. (2000). “O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados.” Em Kerbauy, Rachel R. (org.) *Sobre Comportamento e Cognição – Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André, SP: SET, volume 5.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO:

Idade: _____ Sexo: _____

Instituição de ensino que frequenta **ou** que estudou: _____

Período em que se encontra: _____ **ou** Ano de Formatura: _____

Quantos pacientes você atendeu na última semana? _____

Com qual abordagem teórica você se identifica? _____

Você deve responder as perguntas a seguir de acordo com os seus atendimentos da última semana. Suas respostas podem variar de **0** (zero) a **5** (cinco), sendo o valor mínimo **0** quando você se sentiu muito despreparado, muito desconfortável ou quando foi muito difícil, e o valor máximo **5** correspondendo aos aspectos em que você se sentiu bem preparado, bem confortável ou que foram bem fáceis de serem desempenhados. Valores intermediários (**1**, **2**, **3**, **4**) podem ser usados.

PERGUNTAS	0 -----1-----2-----3-----4----- 5
1) Quão preparado você se sentiu para realizar os cumprimentos iniciais e apresentar-se para o cliente ?	
2) Quão preparado você se sentiu para se despedir e encerrar a sessão ?	
3) Quão difícil foi ser honesto, não parecendo estar desempenhando o papel de um terapeuta ?	
4) Quão difícil foi manter contato ocular com o paciente ?	
5) Quão difícil foi manter a atenção e concentração na fala do paciente, estando sintonizado com as suas respostas e as dele ?	
6) Quão difícil foi apresentar empatia no decorrer da entrevista ?	
7) Quão difícil foi evitar a interferência dos seus valores pessoais ?	
8) Quão difícil foi estabelecer a colaboração e a participação ativa do cliente durante a sessão ?	
9) Quão difícil foi limitar discussão improdutiva de tópicos periféricos ou tangenciais, sendo assertivo ?	
10) Quão desconfortável você se sentiu no seu primeiro atendimento ?	

11) Quão preparado você se sentiu para manter a entrevista sob seu controle ?	
12) Quão preparado você se sentiu para formular perguntas abertas ?	
13) Quão preparado você se sentiu para obter dados relevantes às dimensões do problema trazido pelo paciente?	
14) Quão difícil foi resumir de forma acurada o que o paciente disse e fornecer <i>feedback</i> a ele ?	
15) Quão preparado você se sentiu para identificar problemas-chave e focalizá-los ?	
16) Quão difícil foi intercalar perguntas com afirmativas reflexivas, exemplos ilustrativos ou resumos breves ?	
17) Quão preparado você se sentiu para integrar aspectos envolvidos na problemática apresentada e formular um plano de tratamento ?	
18) Quão preparado você se sentiu para fazer perguntas que mostrassem incongruências nas conclusões do paciente, levando-o a considerar explicações alternativas ?	
19) Quão preparado você se sentiu para explicar técnicas específicas a serem utilizadas pelo cliente ?	
20) Quão difícil foi executar técnicas ou escolher instrumentos adequadamente ?	
21) Quão difícil foi estabelecer / manter / flexibilizar a “agenda” da sessão (ordem em que problemas trazidos seriam discutidos) ?	