



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MIRIAM CHICALSKI

**A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE À QUEIXA DE  
ANSIEDADE**

---

Londrina  
2021

MIRIAM CHICALSKI

**A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE À QUEIXA DE  
ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel

Londrina  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C532 Chicalski, Miriam.  
A Avaliação Terapêutica frente à queixa de Ansiedade / Miriam Chicalski.  
Londrina, 2021.  
113 f. : il.

Orientador: Fabiano Koich Miguel.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina,  
Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2021.  
Inclui bibliografia.

1. Avaliação Terapêutica - Tese. 2. Avaliação Psicológica - Tese. 3.  
Ansiedade - Tese. 4. Psicanálise - Tese. I. Koich Miguel, Fabiano. II.  
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de  
Pós-Graduação em  
Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

MIRIAM CHICALSKI

**A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE À QUEIXA DE  
ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dra. Maíra Bonafé Sei  
Componente da Banca do PPGPSI  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dra. Giselle Pianowski  
Componente da Banca Externo  
Rorschach Performance Assessment System –  
R-PAS

Londrina, 25 de fevereiro de 2021.

Dedico esse trabalho ao Maurício (*in memoriam*), você fez do mundo um lugar mais alegre e de mim uma pessoa melhor. Sou grata por ter tido a oportunidade de ser sua irmã nesta vida.

## **AGRADECIMENTO (S)**

Agradeço a toda minha família que sempre me amou, apoiou e impulsionou em direção ao meus objetivos de vida. Em especial à Felícia, mãe dedicada, amorosa e cuidadosa, que presou muito pela minha educação e que me ensina diariamente, pelo seu exemplo, a ser uma pessoa melhor, mais forte, mais resiliente e ainda assim sensível.

Ao meu orientador prof. Dr. Fabiano Koich Miguel não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade, paciência e compreensão. Obrigada por se mostrar tão empático comigo e por compartilhar tanto conhecimento, possibilitando que eu me tornasse uma psicóloga melhor.

Às professoras Dras. Giselle Pianowski e Maíra Bonafé Sei que me auxiliaram na construção desta dissertação com considerações importantes, esclarecedoras e sensíveis .

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação Araucária, pelo incentivo a minha pesquisa.

À todos os amigos que se fizeram presentes nestes dois anos tão difíceis e me deram folego para continuar. Principalmente à Elaine que além de amiga, foi colo, cuidado e família. Você tem o meu amor e admiração.

Gostaria de agradecer também as participantes desta pesquisa que contribuírem imensamente para minha formação, sem elas não seria possível realizar este trabalho.

“E, Catarina, você tem toda a razão de duvidar. Depois de quebrar, nunca mais voltamos a ser como antes. Haverá sempre uma marca que será tão você quanto o tanto de você que ainda não quebrou. Viver, Catarina, é rearranjar nossos cacos e dar sentido aos nossos pedaços, os novos e os velhos, já que não existe a possibilidade de colar o que foi quebrado e continuar como era antes.”

(A menina quebrada - Eliane Brum)

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal estudar o processo da Avaliação Terapêutica (AT) frente à queixa de ansiedade. Para alcançar este objetivo, foram selecionadas duas mulheres que apresentavam queixa de ansiedade, eram maiores de 18 anos e se encontravam na lista de espera de um serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do interior do Paraná. Os procedimentos empregados nesta pesquisa seguiram a estruturação da AT proposta por Finn (2007/2017): entrevista inicial e construção das questões norteadoras; aplicação de testes padronizados; sessões de intervenção; síntese e discussão dos resultados obtidos; escrita dos resultados; e, por fim, sessão de acompanhamento. As análises, interpretações e intervenções realizadas ao longo da AT foram orientadas pela abordagem psicanalítica, mais precisamente as teorias propostas por Freud e Winnicott, pois mostraram-se alinhadas aos princípios e objetivos da AT. Para a análise dos dados optou-se pelo uso de uma metodologia mista, pois compreendeu-se que, para avaliar as contribuições deste método de avaliação psicológica, se fez necessário uso tanto de metodologias quantitativas como qualitativas. A análise dos dois estudos de caso possibilitaram observar que a AT contribuiu para avaliar os modos de ansiedade apresentados pelas duas pacientes e compreender aspectos do funcionamento psíquico e da personalidade de cada uma delas. A paciente Ana mostrou ter sintomas ansiosos mais alinhados a uma Neurose de Angústia, enquanto Renata apresentou Ansiedade de Castração junto a sintomatologia obsessiva. Esses dados influenciaram significativamente na forma como as sessões interventivas foram conduzidas e nos encaminhamentos realizados, tornando-os mais alinhados às necessidades de cada uma delas. As estratégias utilizadas para tornar o processo da AT colaborativo auxiliaram a pesquisadora na aplicação do método e possibilitaram que as pacientes desenvolvessem maior autoconhecimento. No entanto, foi possível observar as pacientes apresentaram níveis diferentes de colaboração, sendo que uma das pacientes apresentou uma capacidade de insight mais limitada, demonstrando que, apesar dos esforços realizados pela pesquisadora por tornar o processo da AT mais colaborativo, esse resultado só pode ser alcançado de maneira conjunta. Além disso, foi possível observar, por meio da aplicação do Inventário de Ansiedade Beck (BAI) no início e no final da AT, amenização da sintomatologia ansiosa de ambas as pacientes. No entanto, devido o fato da AT ser um procedimento breve, não foi possível falar em cura de um transtorno de ansiedade. Essa limitação do tempo também fez com que grande parte das análises e interpretações ficassem no nível de hipótese a serem investigadas em uma possível terapia de maior duração. Nesse sentido, cabe ressaltar que a AT reúne esforços para integrar ações avaliativas e interventivas, porém sendo ainda um método de avaliação psicológica que possui objetivos e condições distintas de uma psicoterapia.

**Palavras-chave:** avaliação terapêutica; avaliação psicológica; ansiedade; teorias da ansiedade; psicanálise.

CHICALSKI, M. **The Therapeutic Assessment in the face of anxiety complaints.** 110 p. Dissertation (Masters in Psychology) - State University of Londrina, Londrina, 2021.

### ABSTRACT

The present research had as main objective to study the Therapeutic Assessment (TA) process against the anxiety complaint. To achieve this goal, two women were selected who complained of anxiety, were over 18 years old and were on the waiting list of a psychology school service at a public university in the interior of Paraná. The procedures used in this research followed the structure of the TA proposed by Finn (2007/2017): initial interview and construction of the guiding questions; application of standardized tests; intervention sessions; synthesis and discussion of the results obtained; writing of the results; and, finally, follow-up session. The analyzes, interpretations and interventions carried out throughout the TA were guided by the psychoanalytical approach, more precisely the theories proposed by Freud and Winnicott, as they proved to be aligned with the TA principles and objectives. For the analysis of the data, we opted for the use of a mixed methodology, because we understood that, in order to evaluate the contributions of this method of psychological assessment, both quantitative and qualitative methodologies were necessary. The analysis of the two case studies made it possible to observe that TA contributed to assess the anxiety modes presented by both patients and to understand aspects of the psychic functioning and the personality of each one. Patient Ana showed anxious symptoms more aligned with an Anguish Neurosis, while Renata presented Castration Anxiety along with obsessive symptoms. These data significantly influenced the way the intervention sessions were conducted and the referrals made, making them more aligned with the needs of each one. The strategies used to make the TA a collaborative process helped the researcher to apply the method and enabled patients to develop greater self-knowledge. However, it was possible to observe that the patients had different levels of collaboration, as one of the patients had a more limited insight capacity, demonstrating that, despite the efforts made by the researcher to make the TA process more collaborative, this result can only be achieved in a joint way. In addition, it was possible to observe, with the administration of the Beck Anxiety Inventory (BAI) at the beginning and at the end of TA, that anxious symptoms of both patients were alleviated. However, due to the fact that TA is a brief procedure, it was not possible to talk about curing an anxiety disorder. This time limitation also caused a large part of the analyzes and interpretations to remain at the level of hypothesis to be investigated in a possible longer therapy. In this sense, it should be noted that TA gathers efforts to integrate evaluative and interventional actions, however it is still a method of psychological evaluation with different objectives and conditions than psychotherapy.

**Keywords:** therapeutic assessment; psychological assessment; anxiety; anxiety theories; psychoanalysis.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Avaliação Terapêutica
BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI	Inventário de Depressão Beck
BHS	Escala de Desesperança
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição
EMP	Early Memories Procedure
MMPI-2	Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
TAT	Teste de Apercepção Temática
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCores	Teste Expressivo de Desenhos Coloridos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO TEÓRICA</b> .....	13
2.1	A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA: UM RECENTE MODELO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO BRASIL .....	13
2.1.1	O Psicodiagnóstico Tradicional.....	17
2.1.2	O Psicodiagnóstico Interventivo .....	18
2.1.3	A Avaliação Terapêutica .....	21
2.1.4	Estudos De Caso Em Avaliação Terapêutica .....	25
2.1.5	Considerações.....	31
2.2	REVISÃO SOBRE TEORIAS DA ANSIEDADE .....	32
2.2.1	As Teorias Da Ansiedade Propostas Por Freud.....	33
2.2.2	A Ansiedade De Aniquilação Em Winnicott .....	36
2.2.3	Considerações.....	40
2.3	OBJETIVO .....	42
2.4	JUSTIFICATIVA.....	42
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	43
3.1	HIPÓTESE .....	43
3.2	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	43
3.3	INSTRUMENTOS .....	44
3.4	PROCEDIMENTOS .....	45
3.5	PLANO DE ANÁLISE .....	50
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	52
4.1	CASO ANA.....	52
4.1.1	Apresentação Do Caso Ana.....	52
4.1.2	Sessão Inicial.....	52
4.1.3	Sessões De Aplicação De Testes Psicológicos.....	54
4.1.4	Sessões Interventivas.....	65
4.1.5	Sessão Final.....	68
4.2	CASO RENATA.....	72

4.2.1	Apresentação Do Caso Renata .....	72
4.2.2	Sessão Inicial .....	73
4.2.3	Sessões De Aplicação De Testes Psicológicos.....	75
4.2.4	Sessões Interventivas.....	85
4.2.5	Sessão Final .....	89
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
	ANEXO A Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante.....	104
	ANEXO B Modelo do Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	106
	ANEXO C Parecer Consubstanciado do CEP .....	108

## 1 APRESENTAÇÃO

A ansiedade é um afeto comum a existência humana e é compreendida como um mal-estar normal, podendo ser sentida desde a infância até a velhice. No entanto, por vezes, a ansiedade pode assumir dimensões patológicas causando diversos sofrimentos e transtornos aos sujeitos.

Considerando que ansiedade, se vivenciada em demasia, pode gerar sofrimentos e psicopatologias, estudiosos da Psicanálise, como Sigmund Freud e Donald Woods Winnicott, debruçaram-se para compreender essa emoção que tanto pode afetar a vida do ser humano.

Freud (1926/2014; 1933/2010) teorizou sobre a ansiedade em diversos momentos de sua trajetória psicanalítica. Primeiro ele a compreendeu como sendo resultado de uma libido que não pode encontrar um destino adequado e que gera sintomas somáticos. Em um segundo momento, Freud compreendeu a ansiedade como sendo resultado de um conflito psíquico estabelecido devido às exigências libidinais vividas pelo sujeito que vão contra à valores internos. Esse conflito intrapsíquico, o qual ele nomeou como Ansiedade de Castração, origina-se na infância, com a entrada da criança no Complexo de Édipo, e pode ser revivido em fases posteriores do desenvolvimento do sujeito, caso conflitos edípianos não tenham tido um desfecho adequado. A Ansiedade de Castração é o que origina sintomas das neuroses tidas como de defesa, sendo essas: Fobia, Histeria e Neurose Obsessiva.

Winnicott (1979/2007a) também teorizou sobre ansiedade, mas concentrou seus esforços para compreender a presença desse afeto nos primeiros meses de vida do ser humano. O psicanalista observou que quando o recém-nascido não recebia cuidados suficientemente bons, ele era tomado por sentimentos de ansiedade implacável, o qual ele denominou como ansiedade de aniquilação.

Neste cenário, onde é inegável a influência da ansiedade na formação de sofrimentos psíquicos e somáticos, se faz necessário encontrar formas de avaliar as origens deste afeto bem como formas de tratamento que possibilitem aplacar o sofrimento do sujeito. A Avaliação Terapêutica surge como uma possibilidade frente a essas demandas, à medida que tem como objetivo integrar ações avaliativas e terapêuticas. Este modelo de Avaliação Psicológica prevê um processo avaliativo e terapêutico humanizado, empático e que permite que o sujeito participe ativamente de seu processo terapêutico, o que auxilia não somente o trabalho do profissional que aplica o método, mas também o próprio sujeito que desenvolve uma percepção mais aprofundada de sua própria condição, promovendo assim autoconhecimento, amenização dos sintomas e saúde mental. Em vista disso, observou-se que a Avaliação Terapêutica se apresenta como promissora, mas ainda carece de mais pesquisas, principalmente no Brasil, o qual possui apenas três estudos publicados sobre o tema.

Deste modo, esta pesquisa teve como objetivo estudar o processo da Avaliação Terapêutica frente à queixa de ansiedade. Para isso, foram selecionadas duas participantes que apresentavam sintomas ansiosos, que se encontravam na fila espera para atendimento psicológico em um serviço-escola de uma universidade pública do Paraná e que aceitassem participar da presente pesquisa. Foram realizadas entre sete e oito sessões individuais de Avaliação Terapêutica, de modo presencial e online, com cada uma das participantes.

A estrutura da Avaliação Terapêutica aplicada na presente pesquisa seguiu o formato proposto por Finn (2007/2017), sendo composta por seis etapas: entrevista inicial e criação de questões norteadoras; aplicação de testes padronizados; sessões de intervenção; discussão dos resultados obtidos; escrita dos resultados e, por fim, sessão de acompanhamento. Para realizar a análise dos dados obtidos, optou-se por um método misto considerando que para melhor responder o objetivo desta pesquisa se fez necessário o uso de metodologias quantitativas e qualitativas.

## 2 INTRODUÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA: UM RECENTE MODELO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO BRASIL

A Avaliação Psicológica é um processo técnico e científico que possui como objetivo avaliar grupos ou pessoas fazendo uso de diversos métodos, técnicas e/ou instrumentos com o fim de se alcançar a compreensão de fenômenos psicológicos. A Avaliação Psicológica exige planejamento, de modo que para realizá-la é necessário que o avaliador considere as demandas existentes, os seus propósitos, bem como o contexto em que o sujeito ou grupo está inserido para então selecionar os métodos que serão utilizados ao longo desse processo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2018; Primi, 2010; Santos, 2011; Siqueira & Oliveira, 2011).

Nesse contexto, apesar do conceito de Avaliação Psicológica não inferir que o uso de testes psicológicos é indispensável ao processo, é comum perceber que algumas pessoas, inclusive profissionais da área da Psicologia, compreendam que a Avaliação Psicológica se restringe à aplicação de testes. É verdade que os testes podem vir a compor o processo de Avaliação Psicológica, mas é importante destacar que a mera aplicação destes instrumentos corresponde a apenas a uma das formas de coletar dados referentes aos fenômenos psicológicos, uma vez que a Avaliação Psicológica possui objetivos mais amplos, pois visa compreender os fenômenos psicológicos de maneira contextualizada, buscando conhecer as histórias que atravessam os sujeitos, grupos e instituições, com o intuito de viabilizar a construção de um processo singular que prepara para futuras intervenções e/ou encaminhamentos que possam vir a ser necessários (Hazboun & Alchieri, 2013; Siqueira & Oliveira, 2011).

Hazboun e Alchieri (2013) realizaram uma pesquisa para investigar as justificativas e concepções de psicólogos inscritos no Conselho Regional de Psicologia (CRP) que não utilizam avaliação psicológica. Para realizar tal pesquisa eles construíram um questionário com duas perguntas: a primeira questionava se o profissional pratica ou praticou avaliação psicológica nos últimos três anos; caso a resposta fosse negativa, a outra questão era aventada, agora com resposta aberta, se questionando o motivo pelo qual o profissional não praticava avaliação psicológica. Dentre os 932 participantes da pesquisa, 278 responderam que não praticaram avaliação psicológica nos últimos 3 anos, totalizando 30% da amostra. Os dados obtidos através da segunda pergunta foram categorizados em cinco classes.

As justificativas dos psicólogos que afirmaram não ter realizado avaliações psicológicas nos últimos três anos, que compuseram as cinco classes supramencionadas, são as seguintes: (1) A natureza do trabalho, onde a base da ação do psicólogo é dita como incompatível com a Avaliação Psicológica, como no caso dos psicólogos que atuavam na área da Assistência Social; (2) Atuação Clínica/ Área de Atuação, remetendo a justificativa de não realização da Avaliação Psicológica à atuação clínica e, em outros momentos, especificamente pelo profissional em questão não estar atuando no campo clínico; (3) Uso de testes psicológicos, de modo que aqui muitos profissionais relataram não realizar avaliação psicológica por não aplicarem testes psicológicos, como se um fosse sinônimo do outro; (4) Participação nas atividades, tendo sido relatado nesta categoria que a Avaliação Psicológica não faz parte da sua prática profissional devido à abordagem escolhida ou área de atuação; por fim (5) Formação, onde os psicólogos relataram ter tido uma formação falha em relação a Avaliação Psicológica, de modo que em muitos momentos retomaram a questão da utilização de testes, relatando que a aplicação destes instrumentos não foi um foco ao longo da graduação, o que trouxe mais uma vez a noção equivocada de que a Avaliação Psicológica só se daria junto a aplicação de testes (Hazboun & Alchieri, 2013).

Considerando os dados obtidos ao longo da pesquisa, Hazboun e Alchieri (2013) destacam que muitos psicólogos realizavam Avaliação Psicológica sem ter esta compreensão, o que pode vir a gerar um fazer inadequado do processo avaliativo. Para os autores, a recusa da Avaliação Psicológica no fazer psi é reflexo de uma formação frágil neste quesito, o que acaba por gerar confusões conceituais e teóricas, contribuindo na manutenção de preconceitos em relação ao tema, preconceitos estes com sua gênese no início da história da Psicologia, vinculados ao desenvolvimento da psicometria. Para os autores é necessário retomar a Avaliação Psicológica como um processo técnico e científico, pois tal processo é uma das bases fundamentais da atuação dos psicólogos.

Ainda em relação a utilização de testes dentro do processo avaliativo, Campos (2012), citado por Campos (2013), afirma que existem diversas questões que influenciam o profissional a empregar ou não os testes, como a duração do processo, o *setting* em que será realizado, a demanda existente e o que é necessário ser respondido. A abordagem do profissional que conduzirá a avaliação psicológica também deve ser levada em conta, bem como o conhecimento e o manejo técnico que tal profissional possui em relação ao instrumento psicológico, sendo mais prudente se optar pela não utilização de testes no caso de não se sentir preparado para a devida aplicação da ferramenta.

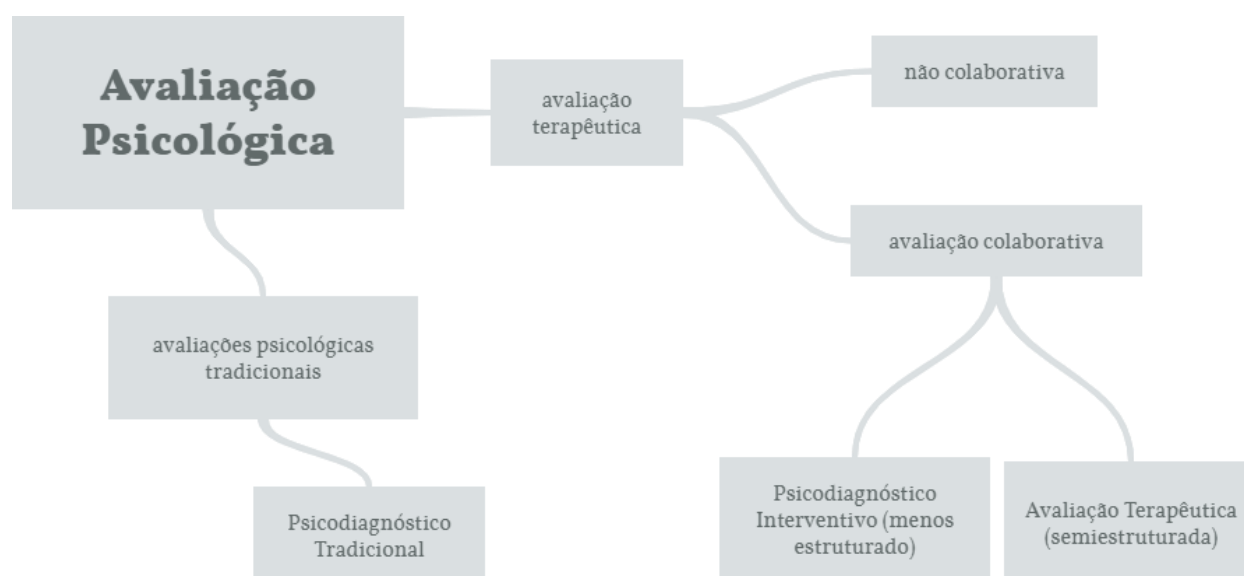
É importante destacar que dentro do campo da Avaliação Psicológica existem diversas modalidades de avaliação, que vão desde os processos mais tradicionais até os modelos mais inovadores como as avaliações terapêuticas (iniciais minúsculas) e as avaliações terapêuticas colaborativas. Os modelos de avaliação mais tradicionais geralmente são aplicados visando realizar diagnósticos, planejamento de tratamentos e avaliação de um tratamento em andamento ou já realizado, como é o caso do psicodiagnóstico, que objetiva realizar avaliações referentes aos fenômenos psicológicos e não visa intervenções ao longo do procedimento, ou seja, não possui fins terapêuticos - mesmo que possa vir a promover isso de

maneira não intencional (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Scaduto, Cardoso, & Heck, 2019).

A avaliação terapêutica (iniciais minúsculas) corresponde a um posicionamento que o avaliador assume que vai além da coleta de dados referente aos fenômenos psicológicos para a compreensão do caso, tal posicionamento busca tornar a experiência da avaliação psicológica positiva por meio de ações terapêuticas (Finn, 2007/2017; Scaduto et. al., 2019). A integração entre avaliação psicológica e intervenção é uma prática antiga, como é possível se observar, por exemplo, na práxis de Winnicott (1971/1984) e Finn e Tonsager (1992). (Scaduto et. al., 2019). Este modelo de avaliação terapêutica não está ligado a nenhum conjunto de procedimentos específicos, abordagem teórica ou técnicas clínicas e pode ser praticada de diversas maneiras (Finn, 2007/2017).

Além disso, as avaliações terapêuticas podem vir a ser colaborativas, isso ocorre quando o profissional busca promover ações que sejam terapêuticas e que ainda busquem fazer com que o paciente participe de maneira abrangente do processo avaliativo em diversos momentos, como ao estabelecer razões para a realização da avaliação, observar os resultados de instrumentos aplicados, encontrar significados para estes resultados, chegar a recomendações e ao elaborar o documento final (Finn, 2007/2017; Scaduto et. al., 2019). Dentro das avaliações terapêuticas colaborativas existem proposta mais abertas, como o Psicodiagnóstico Interventivo, e propostas mais estruturadas, como é o caso da Avaliação Terapêutica (proposta por Finn, 2007/2017), que é o foco deste trabalho. A figura 1, apresentada a seguir, ilustrará a relação entre esses diversos modelos de Avaliação Psicológica e então serão conceituados o Psicodiagnóstico Tradicional, o Psicodiagnóstico Interventivo e a Avaliação Terapêutica.

Figura 1



### 2.1.1 O Psicodiagnóstico Tradicional

Cunha (2000) caracteriza o psicodiagnóstico como um processo científico, pois pretende identificar se uma hipótese inicial está correta por meio de passos pré-determinados e objetivos específicos ao longo da Avaliação Psicológica. Este processo possui um plano de avaliação que estabelece pontos norteadores para a realização do trabalho, que contribuem na escolha de instrumentos e técnicas necessárias, como também auxilia no estabelecimento do momento mais adequado para aplicação destes. Os dados obtidos pelos testes devem ser relacionados com a história clínica e pessoal do paciente, partindo da hipótese levantada inicialmente. Ao fim, os resultados alcançados devem ser informados às pessoas de direito e podem vir a subsidiar decisões e recomendações.

Cunha (2000) apresenta os possíveis passos de um psicodiagnóstico, considerando que eles podem variar dependendo dos objetivos elencados: (1) compreender a queixa inicial, bem como os motivos do encaminhamento; (2) coletar dados acerca do sujeito em diversos

âmbitos, como psicológico, social, médico, profissional, escolar, relacional, bem como reconhecer pessoas importantes dentro da vida do sujeito, que fazem parte de sua rede de apoio, e eventualmente buscar informações de outras fontes; (3) investigar a história clínica e pessoal do sujeito, buscando questões que se repetem no quesito psicopatológico e de funcionamento psicológico; (4) realizar exame de estado mental do sujeito e, por vezes, complementá-lo com fontes externas; (5) levantar hipóteses iniciais e delinear os objetivos do psicodiagnóstico; (6) criar um plano de avaliação psicológica; (7) estabelecer um contrato de trabalho com o sujeito; (8) aplicar testes e outros instrumentos psicológicos; (9) Analisar dados qualitativos e quantitativos; (10) selecionar, organizar e integrar os dados que forem significativos dentro do psicodiagnóstico; (11) realizar devolutiva através de entrevista, relatório, laudo e/ou parecer, propondo soluções com o intuito de beneficiar o examinado; (12) finalizar o processo avaliativo.

No Psicodiagnóstico Tradicional a devolutiva é realizada ao final, porque este modelo compreende que intervenções realizadas durante o processo avaliativo não são apropriadas, visto que desconsideram o *timing* e o *setting*, dificultando, assim, mudanças por meio de *insights* (Villemor-Amaral, 2016), diferente do Psicodiagnóstico Interventivo e da Avaliação Terapêutica, que visam realizar intervenções ao longo do processo avaliativo, quando há a percepção de que o sujeito será receptivo a tais intervenções, pois possuem a intenção de tornar tal processo também terapêutico para a pessoa (Finn, 2007/2017).

### 2.1.2 O Psicodiagnóstico Interventivo

O Psicodiagnóstico Interventivo é caracterizado como um procedimento clínico que visa realizar intervenções ao longo da avaliação psicológica e não apenas em seu término

(Barbieri, 2010a, 2010b; Scaduto et. al., 2019). As intervenções realizadas desde o princípio do processo avaliativo aprofundam as vivências do paciente e potencializam os efeitos terapêuticos (Barbieri, 2010b).

Em consonância a esta caracterização, Milani, Tomael e Greinert (2014) definem Psicodiagnóstico Interventivo como “um processo de investigação diagnóstica” (p. 81) que prevê de maneira conjunta intervenções, objetivando provocar mudanças e melhorias para o paciente desde o início das sessões. As autoras ainda ressaltam que o Psicodiagnóstico Interventivo pode vir a preparar o paciente para iniciar uma psicoterapia e corrobora na promoção da saúde mental, podendo até, em alguns casos, substituir uma longa psicoterapia.

Segundo Barbieri (2010b), o Psicodiagnóstico Interventivo foi estruturado por volta dos anos de 1990. Contudo, existem indícios deste desde 1935, nas obras de Morgan e Murray, onde os autores debatem acerca do uso do Teste de Apercepção Temática (TAT) ao longo dos atendimentos psicoterápicos.

O Psicodiagnóstico Interventivo não possui um número de sessões definido e nem etapas a serem cumpridas, dispondo de eixos norteadores que permitem que o profissional visualize o sujeito em sua singularidade, sendo estes: (1) esclarecer o significado latente e a origem das perturbações; (2) enfatizar a psicodinâmica do sujeito e de sua família; (3) considerar dados relacionados ao material clínico que se fez presente ao longo do processo; (4) buscar compreender o sujeito de maneira integral; (5) selecionar aspectos centrais de angústias, fantasias e mecanismos de defesa apresentados pelo sujeito; (6) implicar os recursos mentais do psicólogo para avaliar a importância e o significado dos dados; (7) dar ênfase ao pensamento clínico do psicólogo para definição dos procedimentos do processo diagnóstico; (8) dar preferência a métodos e técnicas de exame que tenham como princípio a associação livre, como entrevistas, observação e testes utilizados para estabelecer diálogo

entre paciente e psicólogo, para, por fim, avaliar os dados obtidos por livre inspeção (Barbieri, 2010b; Scaduto et. al., 2019)

Milani et al. (2014) e Scaduto et al. (2019) comparam o Psicodiagnóstico Interventivo com as Consultas Terapêuticas propostas por Winnicott (1971/1984), pois assim como o primeiro, a segunda também utiliza de intervenções desde o início das avaliações. Winnicott (1971/1984) em suas Consultas Terapêuticas, que eram compostas por pequenos números de sessões, em sua maioria apenas um, realizava interpretações quando sentia que o paciente seria receptivo a elas, independente do momento que se encontravam no processo avaliativo.

Já a Avaliação Terapêutica apresentada por Finn (2007/2017) e Fisher e Finn (2008) resulta da abordagem fenomenológica e ampara-se na utilização de diversos tipos de testes, como de autorrelato, projetivos e/ou expressivos. Assim como o Psicodiagnóstico Interventivo, a Avaliação Terapêutica não restringe as intervenções ao fim do processo diagnóstico e através do material clínico e dos dados obtidos por meio dos testes, mas busca uma compreensão profunda e global do paciente, visando alcançar a singularidade deste (Villamor-Amaral, 2016).

Apesar do Psicodiagnóstico Interventivo e da Avaliação Terapêutica apresentarem pontos que coincidem, é importante destacar que também há diferenças entre eles. Segundo Villamor-Amaral (2016), a Avaliação Terapêutica possui uma maior sistematização de procedimentos enquanto o Psicodiagnóstico Interventivo se apresenta menos estruturado em relação aos procedimentos adotados ao longo do processo avaliativo/terapêutico. Sobre as especificidades da Avaliação Terapêutica, a qual é o tema central do presente trabalho, um desenvolvimento mais aprofundado será realizado a seguir.

### 2.1.3 A Avaliação Terapêutica

A Avaliação Terapêutica, por sua vez, é um modelo de Avaliação Terapêutica Colaborativa semiestruturado, que foi desenvolvida a partir da práxis fenomenológica de Fisher por Finn e colaboradores (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Scaduto et. al., 2019). Apesar de possuir raízes fenomenológicas, é considerada atórica, ou seja, pode ser aplicada sob a luz de qualquer abordagem teórica psicológica (Scaduto et. al., 2019; Villemor-Amaral, 2016). Este processo possui como princípios a realização de avaliação psicológica e de intervenções terapêuticas, pois objetiva uma compreensão singular e profunda do paciente, propicia saúde mental e pode potencializar a evolução da psicoterapia e até mesmo possibilitar um novo foco terapêutico mais alinhado às demandas do sujeito, bem como prepará-lo para futuros encaminhamentos, caso sejam necessários (Finn, 2007/2017; Villemor-Amaral, 2016; Villemor-Amaral & Resende, 2018).

Segundo os autores (Aschieri & Smith, 2012; Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Scaduto et. al., 2019; Villemor-Amaral, 2016), a Avaliação Terapêutica possui uma curta duração e foi semiestruturada em seis etapas, que visam: (1) realizar a entrevista inicial e auxiliar o sujeito a construir questões que ele gostaria que fossem trabalhadas ao longo dos atendimentos; (2) aplicação de testes padronizados; (3) sessões interventivas que serão preparadas a partir dos dados obtidos nas duas primeiras etapas; (4) sessão de síntese e discussão dos resultados obtidos até então; (5) escrita dos resultados; (6) sessão de acompanhamento/*follow-up*. Tais etapas serão abordadas de maneira mais minuciosa a seguir.

Na *etapa 1* há a entrevista inicial que possibilita que o profissional se aproxime da história do sujeito e da realidade em que ele está inserido, bem como das demandas e/ou encaminhamentos que fizeram com que este procurasse pela Avaliação Terapêutica. Também é um momento em que o profissional auxilia o sujeito a desenvolver curiosidade acerca de

questões que deseja trabalhar ao longo do processo avaliativo/terapêutico relacionadas a dificuldades, incertezas e dúvidas que o sujeito possui sobre si, tornando o processo avaliativo colaborativo. As questões formuladas conjuntamente entre o profissional e o paciente serão o foco da Avaliação Terapêutica, possibilitando que o profissional saiba o nível de flexibilidades, defesas e limitações que o sujeito possui sobre os temas que serão trabalhados, evitando, assim, que o profissional apresente dados que possam vir a gerar muito sofrimento ao sujeito ou até uma possível desintegração de sua personalidade. As informações que destoam muito da autopercepção dele devem ser trabalhadas de maneira cautelosa e empática. (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016).

A *etapa 2* possui como eixo central a aplicação de testes padronizados, que contribui para acessar informações importantes sobre o funcionamento do sujeito e possibilita o estabelecimento de diálogo entre o profissional e o paciente acerca de um determinado tema. É de grande importância que os significados dos resultados obtidos por estes instrumentos possam ser construídos entre o avaliador e o avaliado sendo sempre atrelados a contextos reais, possibilitando assim uma maior compreensão do sujeito em sua singularidade (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016; Villemor-Amaral & Resende, 2018).

Para que esta etapa ocorra da melhor maneira possível, é necessário que o avaliador aplique primeiro os testes que estão mais alinhados às perguntas centrais da AT, pois isso diminui a ansiedade do sujeito ao lhe ser mostrado que o profissional está coletando dados relevantes em relação ao que o sujeito deseja saber sobre si. Então, é importante administrar cada teste conforme a sua relevância e se atentar àqueles testes que são mais difíceis de decifrar e compreender o porquê de sua aplicação, pois eles dão uma visão mais ampla sobre o sujeito e não se restringem apenas às questões centrais do processo avaliativo. Por fim, após a aplicação de todos os testes selecionados para aquele caso, é necessário que se questione o

sujeito sobre a experiência dele ao responder os testes, dando maior atenção aos relatos que se relacionam com o foco da avaliação. Tal diálogo ajuda o profissional a entender os dados obtidos por meio dos testes e possibilita que algumas questões venham sendo trabalhadas gradualmente em relação a história do sujeito (Finn, 2007/2017). Vale destacar que o uso de testes projetivos/expressivos combinados aos de autorrelato contribuem com um bom desenvolvimento do processo, visto que acessam conteúdos inerentes ao sujeito de modos distintos, ampliando o material de análise (Villemor-Amaral, 2016). Por fim, é importante que o avaliador deixe claro para o paciente que os testes psicológicos não possuem todas as respostas sobre o sujeito e que para a aplicação destes instrumentos ser válida é importante que ele participe de todo o processo avaliativo/terapêutico (Finn & Martin, 2013).

Já na *etapa 3*, o psicólogo deve propor ações que o possibilitem trabalhar as dificuldades apresentadas pelo sujeito até então. Como estas sessões ocorrem após a etapa de aplicação de testes, é possível se fazer uso destes instrumentos e dados para evocar questões de difícil acesso e que precisam ser trabalhadas ao longo do processo, para então ajudá-lo. (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013). Há diretrizes que contribuem para que esta ação seja potencializada, sendo estas: (1) planejar os encontros interventivos com base nos dados obtidos até o momento, selecionando focos de trabalho, os quais devem estar relacionados às questões elencadas pelo sujeito nas primeiras sessões, a partir de estratégias que possibilitem trazer à tona a temática pretendida (neste momento o uso de testes pode ser aplicado de maneira não convencional, com o intuito de estabelecer diálogo entre o profissional e o sujeito); (2) apresentar a sessão ao cliente, expondo de maneira clara os objetivos da sessão e o tema que será trabalhado; (3) propor as tarefas planejadas e apontar para o sujeito quando o problema em questão emerge; (4) explorar junto ao sujeito o contexto que o leva a apresentar tal dificuldade; (5) imaginar formas alternativas de intervenções e utilizá-las em determinadas

situações; (6) contextualizar as questões discutidas ao longo das sessões frente a questões reais vivenciadas cotidianamente pelo sujeito (Villemor-Amaral, 2016).

A *etapa 4* corresponde à sessão de síntese e discussão dos resultados, a qual possui grande impacto dentro da Avaliação Terapêutica, e, para potencializar este processo, é necessário que o profissional siga algumas diretrizes: inicie apresentando os achados que refletem a forma como o sujeito enxerga a si mesmo, para então apresentar resultados que exigem que o paciente reformule e/ou amplie seu olhar sobre si e, por fim, apresente os resultados que possam gerar um conflito maior ao sujeito, pois destoam da sua autoconcepção. Ao realizar este movimento de apresentação dos resultados que se inicia pelas informações que mais condizem para depois apresentar as que mais se afastam da percepção que o sujeito possui acerca dele próprio, é criada uma condição mais propícia para que o paciente passe a desenvolver novas noções sobre si, evitando uma possível desintegração, pois tais informações não são apresentadas de maneira abrupta (Finn, 2007/2017). Ao expor estes achados, o avaliador deve perguntar como o paciente entende aquilo que lhe foi dito e deve solicitar que ele traga uma cena cotidiana que os exemplifiquem, ficando atento para que não ocorra nenhum tipo de distorção em relação às informações apresentadas (Finn & Martin, 2013).

A *etapa 5*, referente à entrega da devolutiva por escrito, deve se dar da maneira mais acessível possível para o sujeito, fugindo da ideia dos relatórios psicológicos clássicos. Orienta-se que o profissional escreva uma carta para o paciente partindo das questões formuladas inicialmente e descrevendo o percurso percorrido ao longo da Avaliação Terapêutica, bem como os resultados obtidos até então. Como se trata de uma avaliação colaborativa, o paciente é convidado a comentar e realizar modificações no rascunho desta carta, possibilitando mais uma vez reedições da história deste processo e deste sujeito (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013).

Por fim, a *etapa 6* diz respeito às sessões de acompanhamentos/*follow-up*. Este momento foi incorporado por último na Avaliação Terapêutica e isso só ocorreu em decorrência do fato de que muitas das pessoas que passaram pelo processo, depois de um período de 3 a 6 meses, acabavam solicitando um outro atendimento para discutir seu desenvolvimento pessoal desde então e isto se mostrou como algo potencializador para o processo e para os sujeitos (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013).

O que se conclui é que ao compreender as bases da Avaliação Terapêutica, observa-se que este modelo avaliativo/interventivo pode ser aplicado em diversos contextos clínicos, e também em serviços-escolas, visto que possui uma curta duração e seus passos sistematizados facilitam a sua execução, sendo ideal para ser implementado por alunos e profissionais iniciantes, bem como para a realização de pesquisas, já que possibilita acesso a conteúdos organizados e de análise mais direcionada (Villemor-Amaral; 2016).

Em relação a Avaliação Terapêutica na conjuntura brasileira, observa-se que a AT ainda é muito recente, a primeira publicação datou o ano de 2016 e até o momento atual o número de artigos científicos referentes ao tema é pequeno, o que demonstra a necessidade de ampliar as pesquisas em relação a esse modelo de Avaliação Psicológica.

Diante desse levantamento teórico em relação a Avaliação Terapêutica, no próximo tópico serão apresentados casos que ilustram tal conceituação, demonstrando a aplicação prática desta teoria.

#### 2.1.4 Estudos de Caso em Avaliação Terapêutica

Aschieri & Smith (2012) apresentam o caso de Claire, uma jovem de 21 anos, que junto com sua psicoterapeuta decidiram que seria importante tentar compreender melhor qual

seria o foco do tratamento. Ascheiri, psicoterapeuta que acompanhou a jovem ao longo da AT, contactou a psicoterapeuta de Claire para compreender o motivo pelos quais ela desejava passar pela Avaliação Terapêutica. Após conversar com a psicoterapeuta, Aschieri agendou um atendimento pré-Avaliação Terapêutica com Claire para explicar como funcionaria o processo avaliativo e pormenores da pesquisa e, ainda, coletar informações importantes sobre a jovem e sua queixa. Neste atendimento Claire relatou que resolveu buscar o atendimento porque não estava conseguindo lidar com as demandas acadêmicas e porque sentia dificuldade em se relacionar com colegas. Durante a sessão, Claire se apresentou extremamente ansiosa e relatou sentir-se solitária e culpada por essas questões. Por fim, Claire disse que muitas vezes ela era muito dura consigo mesma e isso era seu maior problema. Considerando estas questões, Claire e Archieri definem como sendo essencial que Claire avaliasse diariamente cinco dimensões de funcionamento psicológico, em uma escala tipo Likert que varia de 0 a 10. Claire media diariamente se ela havia sido dura consigo mesma, se ela se sentiu capaz de expressar amor e carinho pelas outras pessoas, se ela havia sido capaz de reconhecer amor e carinho de outras pessoas, se ela havia sentido solidão e se ela tinha se sentido ansiosa.

No primeiro atendimento da Avaliação Terapêutica, Claire e Aschieri, formularam quatro questões norteadoras: “quais contextos são melhores pra eu estabelecer amizades?”, “por que eu me lembro apenas dos eventos negativos da minha vida?”, “por que eu tenho tanto medo de outras pessoas me julgando?” e “por que eu não posso me sentir feminina e me sentir à vontade com isso?” (Aschieri & Smith, 2012).

Na sessão de aplicação de testes, Aschieri optou pela administração do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade MMPI-2 e do Rorschach. Os resultados do Rorschach apontaram que Claire respondeu ao teste de maneira aberta e não defensiva, mas com um pouco de autocrítica, o que confirma a visão negativa que ela apresentou no primeiro

atendimento. Além disso, o teste também mostrou que ela se percebia como alguém defeituosa e apresentava ansiedade e problemas de socialização. O MMPI-2 indicou que Claire vivenciava sentimentos de tristeza, de inutilidade, baixa autoestima e encontra-se desnorteada. Ainda nesta sessão, o psicoterapeuta utilizou algumas respostas que Claire realizou em relação a algumas pranchas do Rorschach para intervir e possibilitar que ela conseguisse responder por si só suas questões (Aschieri & Smith, 2012).

Na sessão interventiva, Aschieri utilizou o método Early Memories Procedure (EMP), pois compreendeu que a forma como Claire lembrava-se de suas vivências era algo significativo. O psicoterapeuta solicitou que a jovem relatasse suas seis primeiras memórias e dissesse o quão claras elas eram e ainda o quanto as percebia de maneira positiva e/ou negativa. Geralmente, as memórias relatadas servem como metáforas para o que o paciente está vivendo e isso ocorreu no caso de Claire, possibilitando que ela conseguisse responder suas questões e encontrasse maneiras de lidar com elas (Aschieri & Smith, 2012).

Na sessão de resumo e discussão dos resultados, Aschieri optou por realizá-la com Claire e sua psicóloga para conversar sobre os dados obtidos e responder diretamente as questões que embasaram a Avaliação Terapêutica de Claire. A partir da sessão de discussão, Archieiri escreveu uma carta para Claire com os resultados obtidos, como forma de devolutiva escrita e finalizou o processo avaliativo (Aschieri & Smith, 2012).

Dois meses após a última sessão, foi realizado junto a Claire a sessão de acompanhamento. Nela, a jovem levou seu novo cachorro, que havia adotado recentemente e contou que havia se mudado e que agora dividia moradia com um colega. A jovem também falou que ainda vivenciava sentimentos de vergonha e culpa e acreditava que isso ocorria porque ainda estava tendo dificuldade de acolher a nova visão de si, como alguém que havia sobrevivido a um trauma e que não era culpada por ele. Aschieri disse que é normal ela se sentir deste modo, pois leva tempo para que alguém possa incorporar uma nova

auto percepção. A análise das cinco dimensões de funcionamento psicológico de Claire, que foram medidas diariamente por 28 dias, demonstrou melhoras significativas nas capacidades de Claire demonstrar afeto, ocorrendo também a diminuição da ansiedade (Aschieri & Smith, 2012).

Outro exemplo da aplicação da Avaliação Terapêutica foi apresentado Finn e Martin (2013) com o caso de Luanne, que passou pela Avaliação Terapêutica com Steve Finn por encaminhamento da psicóloga, Sarah. A psicóloga de Luanne procurou Steve ao perceber que a paciente estava tendo problemas para adaptar-se à maneira como ela conduzia a psicoterapia devido à lealdade que Luanne tinha em relação à sua ex-terapeuta, que conduziu seu tratamento por seis anos com objetivo de possibilitar a recuperação do abuso sexual sofrido por ela na infância em decorrência do comportamento de seu pai.

Nas primeiras sessões Steve procurou conhecer Luanne e construiu junto com a paciente as questões que iriam nortear a Avaliação Terapêutica, sendo elas: “Existe uma forma de eu não ser tão controlada quanto eu sou envergonhada?”, “O que atrapalha que eu namore?” e “Qual é a melhor abordagem na terapia pra mim: uma que pressione minhas emoções ou uma que possibilite que eu vivencie as minhas emoções de forma mais controlada?” (Finn & Martin, 2013).

Nas sessões de aplicação dos testes padronizados, Steve administrou o teste MMPI-2 e através da análise dos dados percebeu que Luanne não apresentava sinais de invalidez e que sua participação ao longo da avaliação se dava de maneira desprotegida. O nível elevado de infrequência nas respostas mostrara que Luanne vivenciava um nível de angústia alto, muito maior do que o perceptível. Os resultados obtidos no MMPI-2 apontam que o perfil de personalidade de Luanne pode vir a ter confusão de identidade, história de uso abusivo de drogas, envolvimento em relacionamentos tumultuados, dificuldade na regulação emocional, forma de pensar dicotômica e pensamentos ilógicos (Finn & Martin, 2013).

Nas sessões interventivas, Steve utilizou o Teste de Apercepção Temática (TAT) para trabalhar questões elencadas por Luanne como foco de sua Avaliação Terapêutica. Luanne questionava qual a melhor forma de terapia para ela: uma que possibilitasse que ela sentisse seus sentimentos de forma mais efusiva durante a sessão ou uma que a auxiliasse a vivenciar suas emoções de maneira controlada. Pensando nisso, Steve aplicou o TAT com o objetivo de trabalhar as emoções de Luanne de maneira controlada para que assim ela pudesse responder sozinha qual abordagem de psicoterapia seria mais adequada. As pranchas foram organizadas de uma maneira na qual apresentassem, gradualmente, uma maior dificuldade emocional para Luanne. A paciente percebeu que com o passar das pranchas o nível de exigência emocional era maior, mas mesmo assim seguiu respondendo até chegar ao seu limite emocional, pedindo então para que Steve interrompesse a aplicação do teste. As intervenções realizadas a partir da aplicação do TAT possibilitaram que todas as questões que norteavam a Avaliação Terapêutica de Luanne fossem trabalhadas (Finn & Martin, 2013).

Nas sessões de discussão dos resultados, Steve convocou Luanne e Sarah para o atendimento e conversou com elas sobre os resultados obtidos. As conclusões alcançadas nesta sessão foram descritas na carta que foi entregue para Luanne na sessão de devolutiva respondendo as questões que nortearam a Avaliação Terapêutica. Luanne não pôde comparecer à sessão de acompanhamento, que geralmente ocorre de três a seis meses após a finalização da Avaliação Terapêutica, mas respondeu um questionário enviado por Steve e disse ter se sentido altamente satisfeita com o processo avaliativo. Sarah, psicóloga de Luanne, relatou que depois da Avaliação Terapêutica Luanne passou a aceitar melhor a abordagem com qual ela conduzia a psicoterapia, que visa fazer com que Luanne experimente a sensação de vivenciar emoções de maneira controlada (Finn & Martin, 2013).

Por sua vez, Smith, Eichler, Norman e Smith (2015) realizaram um estudo de caso único replicado para avaliar a eficácia da Avaliação Terapêutica, visando reduzir o sofrimento

sintomático dos pacientes e melhorar o processo de psicoterapia já iniciado por eles. Foram selecionados dez participantes que apresentavam as seguintes sintomatizações: quatro possuíam de maneira concomitante depressão e ansiedade; três apresentavam sintomas de depressão; dois tinham ansiedade; um apresentava ansiedade, abuso de drogas, falta de atenção e distúrbio do sono.

A pesquisa de Smith et al. (2015) replicou um estudo de caso único que possuía três fases: a linha de base, a intervenção e por fim o acompanhamento. A linha de base consiste no primeiro momento da pesquisa, onde um auxiliar de pesquisa explica os procedimentos da pesquisa, recolhe o consentimento de participação e realiza uma breve entrevista para colher informações essenciais acerca do paciente e tomar conhecimento das metas que ele tem em relação ao processo psicoterápico. A partir destas informações é criado um breve índice ideográfico que o paciente passa a preencher diariamente.

A fase de intervenção consiste nas etapas da Avaliação Terapêutica desenvolvidas por Finn (2017), conforme supracitado. Nas sessões de aplicação de testes foram administrados o Inventário de Avaliação de Personalidade, o teste de Rorschach e Teste de Apercepção Temática. A sessão devolutiva foi realizada com o pesquisador/avaliador, o paciente/participante da pesquisa e seu respectivo terapeuta. Ao fim desta sessão, o paciente e o terapeuta receberam uma carta personalizada respondendo as questões que nortearam o processo avaliativo/terapêutico e apresentando os resultados obtidos (Smith et al., 2015).

O acompanhamento se deu através de medidas idiográficas, em relatos realizados diariamente pelos participantes em relação ao seu humor e pelos indicadores do processo terapêutico, que eram respondidos pelos pacientes após o final de cada sessão (Smith et al., 2015).

Os resultados desta pesquisa (Smith et al., 2015) demonstraram que a Avaliação Terapêutica se mostra eficaz na redução da sintomatologia apresentada pelos pacientes e

possibilita que variáveis psicoterapêuticas apresentem melhoras substanciais. Os resultados demonstram que entre 6 e 9 participantes tiveram reduções significativas da sintomatologia apresentada inicialmente. Observou-se também um aumento significativo em relação à aliança de trabalho entre terapeuta e paciente e uma maior concordância em relação à condução da psicoterapia. Apesar destes achados, os autores ressaltam que é necessário que haja cuidado em relação à generalização destes resultados, devido ao reduzido tamanho da amostra, carecendo de mais estudos em relação ao tema em questão.

#### 2.1.5 Considerações

Deste modo, é possível se observar que as Avaliações Terapêuticas Colaborativas, mais precisamente o Psicodiagnóstico Interventivo e a Avaliação Terapêutica, surgiram com o intuito de inovar o modo tradicional de realizar a avaliação psicológica, pois além de fazer com que o sujeito participe de maneira efetiva de todo processo, também visam tornar a avaliação terapêutica, promovendo autoconhecimento e saúde mental.

Em relação à Avaliação Terapêutica, o foco deste trabalho, se observa que este modelo de avaliação psicológica busca potencializar o processo avaliativo/terapêutico através de um olhar empático, humanizado e ainda permite que o sujeito participe de maneira ativa, o que auxilia não somente o trabalho do profissional que aplica o método, mas também o próprio sujeito que desenvolve uma percepção mais aprofundada de sua própria condição.

Os estudos de caso supracitados ao longo deste capítulo apresentam algumas contribuições da Avaliação Terapêutica enquanto um modelo de avaliação psicológica inovador, com ações avaliativas e terapêuticas, que promove autoconhecimento, saúde mental, ameniza a sintomatologia, potencializa o evolução da psicoterapia, possibilita um

planejamento terapêutico mais alinhado às demandas do sujeito e prepara para futuros encaminhamentos quando necessários.

O pequeno número de pesquisas realizados em relação à Avaliação Terapêutica, principalmente no âmbito nacional, demonstram que apesar do modelo avaliativo mostrar-se promissor, ainda necessita de maiores estudos. Considerando isso, o presente trabalho buscou estudar o processo da Avaliação Terapêutica frente à queixa de ansiedade, deste modo se fez necessário compreender a ansiedade pelo referencial teórico que dará suporte à análise qualitativa dos dados obtidos ao longo dos atendimentos, a Psicanálise proposta por Sigmund Freud e Donald Woods Winnicott, tema que será abordado no capítulo a seguir.

## 2.2 REVISÃO SOBRE TEORIAS DA ANSIEDADE

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2018), o Brasil é o país que mais apresenta Transtornos Ansiosos no Mundo. Esta psicopatologia afeta cerca de 9,3% da população brasileira, o que faz com que a ansiedade se apresente como uma queixa recorrente no âmbito clínico, inclusive nos Serviços-escolas de Psicologia, conforme apontam Borges, Forteski, Zimmermann e Tomaselli (2018), Fernandes, Silvares e Miyazaki (2017) e Viol e Ferrazza (2015).

O DSM-V (2014) descreve os Transtornos de Ansiedade como psicopatologias que apresentam em comum a sintomatologia de medo e ansiedade de forma excessiva, bem como perturbações comportamentais. Neste manual diagnóstico, o medo é definido como “uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida” (p. 189) e a ansiedade como “a antecipação de uma ameaça futura” (p.189).

Dentro dos Transtornos de Ansiedade apresentados pelo DSM-V (2014), há a

apresentação de onze psicopatologias e seus sintomas, com objetivo de auxiliar os profissionais da área da saúde mental a realizarem diagnósticos relacionados a ansiedade, sendo estas: Transtorno de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno de Pânico; Agorafobia; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento; Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica; Outro Transtorno de Ansiedade Especificado; Transtorno de Ansiedade Não Especificado.

O conceito de ansiedade também foi e continua sendo estudado por diversos pesquisadores da Psicanálise. Sigmund Freud e Donald Woods Winnicott foram dois desses psicanalistas que se concentraram em compreender esse afeto. Por meio de seus estudos eles contribuíram imensamente para o desenvolvimento do tema, de modo que neste capítulo iremos retomar as teorias da ansiedade desenvolvidas por ambos e pensá-las junto ao que os manuais diagnósticos têm previsto. No entanto, é importante ressaltar que, apesar de ambos os autores utilizarem o termo angústia e não ansiedade, optou-se pelo uso da palavra ansiedade ao longo desse trabalho, por ser tal termo o mais empregado e difundido atualmente por meio dos manuais diagnósticos, que classificam as psicopatologias que envolvem esse afeto como pertencentes aos Transtornos de Ansiedade, como visto anteriormente.

### 2.2.1 As Teorias Da Ansiedade Propostas Por Freud

Sigmund Freud, considerado o pai da Psicanálise, concentrou-se em compreender a ansiedade em diversos momentos ao longo da sua trajetória (Freud, 1926/2014; Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010; Pisetta, 2008; Ribeiro, 2009). A primeira teoria desenvolvida pelo psicanalista em relação à origem da ansiedade afirma que quando há um acúmulo de

libido devido a uma impossibilidade de descarga adequada, essa energia se converte em ansiedade. Segundo tal teoria, a não satisfação da libido ocorre quando algo interfere no alcance da meta sexual (por exemplo, a prática de coito interrompido, um método considerado comum no controle da natalidade europeia da época de Freud) e também quando o sujeito se depara com o desamparo (Freud, 1926/2014; Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010; Ribeiro, 2009).

Os casos de Neurose de Angústia, os quais se enquadram na categoria de Neurose Atual, exemplificam a primeira teoria desenvolvida por Freud (Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010; Silva & Pinheiro, 2008). Na Neurose de Angústia, quando a libido não encontra um destino adequado, além de gerar ansiedade, também pode padecer o corpo, criando sintomas psicossomáticos, como: arritmia cardíaca; dificuldade para respirar; dores torácicas; sudorese; insônia; calafrios; tontura; ataques de pânico; paralisia motora; desconforto abdominal; ansiedade; despersonalização; desrealização (Ribeiro, 2009). Observa-se que nesta psicopatologia a ansiedade e as perturbações corporais apresentam-se entrelaçadas enquanto sintoma. No entanto, vale ressaltar que na neurose de angústia os sintomas corporais objetivam sinalizar a instauração da ansiedade, diferente do que ocorre na conversão histérica, onde o sofrimento corporal aparece como uma metáfora da representação psíquica conflituosa que originou o sintoma (Freud, 1926/2014; Silva & Pinheiro, 2008).

Por sua vez, a segunda teoria da ansiedade desenvolvida por Freud, compreende a ansiedade como disparadora do recalque e não como resultado de uma repressão, como havia sido teorizado naquele primeiro momento. Essa mudança se deu devido a experiências clínicas vividas por Freud quando ele observou que a ansiedade, em níveis elevados, gera o sintoma. No entanto, ele também observou que a ansiedade e o sintoma apresentam uma relação adversa, pois quando a ansiedade dá lugar ao sintoma, ele a absorve, fazendo com que a ansiedade só emerja novamente no momento em que o sintoma venha a ser ameaçado (na

medida em que o sujeito busca por um tratamento psicoterápico para realizar a elaboração do sintoma) (Freud, 1926/2014; Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010; Prisetta, 2008).

Nestes casos, a ansiedade é resultado de um conflito psíquico, que diz respeito a exigências libidinais, provindas do Id, que vão contra valores internos/superegóicos, acionando assim o mecanismo de recalque. Essa forma de ansiedade se origina na infância, mais precisamente no momento em que a criança vivencia o Complexo de Édipo e corresponde ao medo que a criança sente de ser castrada pelas figuras reguladoras que lhe passaram limites e valores, por isso Freud a denomina como Ansiedade de Castração. Essa forma de ansiedade pode ser revivida em fases posteriores do desenvolvimento caso o sujeito não tenha obtido um desfecho adequado dos conflitos edipianos. São as neuroses classificadas como de Defesa, também conhecidas como Neurose de Transferência ou Psiconeuroses, que apresentam a Ansiedade de Castração (Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010).

Deste modo, observa-se que enquanto a primeira teoria da ansiedade referia-se às Neuroses Atuais, a segunda teoria da ansiedade diz respeito ao que Freud intitula como sendo as Neuroses de Defesa, onde encontram-se a Fobia, a Histeria e a Neurose Obsessiva (Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010), que serão apresentadas a seguir.

Nos casos de Fobia, nota-se que a Ansiedade de Castração, gerada por fantasias edipianas que vão contra valores do sujeito, ativa o mecanismo de recalque. Após o estabelecimento do recalque, a ansiedade dá lugar ao sintoma fóbico, que se apresenta como medo e aversão extrema em relação a objetos, situações, animais e/ou pessoas. (Freud, 1926/2014; Freud, 1933/2010; Goldgrub, 2010). Como o conflito psíquico foi externalizado por meio da escolha de um objeto fóbico (formação substitutiva), o sujeito só passa a sentir ansiedade quando se depara com este objeto específico, por isso apresenta diversas inibições para não se defrontar com o que lhe causa medo (Freud, 1926/2014).

Na Histeria, a Ansiedade de Castração também dispara o recalque que dá lugar aos

sintomas histéricos (conversão, paralisia motora, contração, ação involuntária, amnésia, dor, entre outros). Aqui, o sintoma além de simbolizar o conflito eminente, também representa uma punição dada pelo Superego frente às exigências libidinais do Complexo de Édipo (Freud, 1926/2014).

Observa-se que nos casos de Neurose Obsessiva, o Superego desenvolvido pelo sujeito possui características mais fortes e exige de maneira rígida que o Ego recalque ideias advinda do Id, gerando assim os sintomas obsessivos. A procrastinação, um dos sintomas da Neurose Obsessiva, busca evitar situações que possam ser desencadeadoras de conflito psíquico, enquanto a compulsão ocorre para afastar a sensação desprazerosa causada pelo retorno de ideias já recalçadas à consciência (Freud, 1926/2014).

Tanto os casos de Fobia, quanto de Histeria e de Neurose Obsessiva, demonstram que a Ansiedade de Castração é responsável pelo acionamento do mecanismo de recalque (Freud, 1926/2014). Além disso, observa-se que a formação dos sintomas, nestes casos, ocorre com objetivo de evitar a ansiedade decorrente do conflito intrapsíquico (Pisetta, 2008; Freud 1926/2014).

Assim, enquanto Freud teorizava sobre a ansiedade decorrente de um acúmulo de libido e sobre a Ansiedade de Castração, Winnicott, como será visto adiante, debruçou-se sobre a conceituação da Ansiedade de Aniquilação, também conhecida como Ansiedades Impensáveis.

### 2.2.2 A Ansiedade de Aniquilação em Winnicott

Na perspectiva de Winnicott (1931/2000a), a ansiedade é uma emoção que se faz presente na vida dos sujeitos, principalmente ao longo da infância, sendo compreendida como

um “mal-estar normal”. O autor destaca que nos cinco primeiros anos de vida se dão as bases da saúde mental do sujeito. Neste momento, é comum que a criança viva tensões emocionais devido ao posicionamento dela em relação aos pais e/ou cuidadores. Aos poucos, esses sentimentos conflitantes diminuem e só voltam a se intensificar na fase da adolescência. No entanto, se o sujeito apresenta sintomas ansiosos em demasia, este pode demonstrar que vem vivendo fortes conflitos intrapsíquicos.

Considerando que as bases da ansiedade são psíquicas, Winnicott (1931/2000a), assim como Freud (1926/2014), enfatiza que geralmente esse afeto se apresenta acompanhado de sintomas físicos, como, por exemplo: necessidade excessiva de urinar ou defecar; tendência ao emagrecimento e/ou a obesidade; agitação; necessidade de estar sempre fazendo alguma coisa; adoecimentos constantes; baixa imunidade; dores de cabeça; dores corporais. Assim, é válido investigar o que está por trás destes sintomas físicos para não correr o risco de apresentar diagnósticos errôneos, visto que, se disparados pela ansiedade, os sintomas dizem respeito a questões psicológicas do sujeito.

Ao debruçar-se sobre os estudos deste afeto, Winnicott desenvolveu o conceito de Ansiedade de Aniquilação, que corresponde ao sentimento vivido pelo recém-nascido quando os cuidados conferidos a ele são falhos. Em sua teoria, quando o bebê nasce, ele apresenta um psiquismo muito primitivo, que ainda não possui qualquer forma de organização psíquica, o que faz com que ele não consiga se diferenciar do ambiente em que se encontra e de quem dispõe de seus cuidados. Por isso, qualquer falha provinda desse ambiente é sentida pelo bebê como uma aniquilação, de modo que é necessário que o bebê receba cuidados suficientemente bons, para que esses sentimentos de aniquilação sejam amenizados, possibilitando assim que tal bebê alcance sua continuidade de ser. (Silva & Pinheiro, 2008; Winnicott, 1952/2000b; Winnicott, 1979/2007a).

Em relação aos cuidados suficientemente bons, Winnicott os apresenta atrelados ao

conceito de *holding*, que seria o suporte ofertado pela mãe e/ou cuidador nos primeiros meses de vida do bebê. Neste momento, quanto maior for a identificação do cuidador com o bebê, melhor, pois desta forma o cuidador conseguirá compreender de maneira mais efetiva o que esse bebê tanto necessita (Winnicott, 1979/2007a). Os cuidados atribuídos ao bebê de maneira rotineira possibilitam que ele consiga começar a estabelecer um repertório de conhecimentos, como o princípio da noção de temporalidade e o reconhecimento de cheiros, sons e imagens. A rotina de cuidados mostra-se significativa para o desenvolvimento do psiquismo do bebê, possibilitando que com isso ele posteriormente possua a capacidade de prever acontecimentos, apreender experiências e elaborar, ferramentas necessárias para alcançar uma integração psíquica (Pondé, 2011).

Se neste primeiro momento é necessário que a adaptação do cuidador para com o bebê seja praticamente perfeita, com o passar do tempo e do desenvolvimento da criança, essa adaptação se torna relativa. Se cuidador foi suficientemente bom, o bebê desenvolverá a habilidade de compreender falhas através da atividade mental. A compreensão do bebê faz com que os cuidados suficientemente bons se tornem perfeitos, deste modo “transforma a falha relativa da adaptação num êxito adaptativo” (p. 34). Dentro do desenvolvimento considerado saudável, espera-se que o cuidador não permita que ocorram acontecimentos complexos demais para a compreensão do bebê, é função dele tornar o mundo o mais simples possível para o bebê (Winnicott, 1949/2000d).

Considerando que os cuidados suficientemente bons para com o bebê dependem da adaptação ativa, que ao início se dá de maneira mais física e mais tarde soma-se à imaginação, é importante destacar que há outro fator essencial para essa função ser bem desempenhada “uma *gradual falha na adaptação*, de acordo com a crescente capacidade do bebê individual de suportar a falha relativa por meio da sua atividade mental, ou seja, por meio da compreensão” (p. 34), pois isso possibilita que o bebê passe a desenvolver uma tolerância em

relação a fatores provindos do ego e instintivos (Winnicott, 1949/2000d).

Deste modo, considerando que a ansiedade ocorre quando a técnica de cuidar é falha, Winnicott (1949/2000d; 1952/2000b) destaca que falhas do cuidado fazem parte da constituição do sujeito. Nesse sentido, é impossível pensar que uma criança não viva ansiedade e a dor ao longo do seu crescimento e, dentro deste contexto esperado, a ansiedade e a dor sinalizam saúde.

Mesmo considerando que ansiedade é comum aos sujeitos, não se pode ignorar o fato de que esse afeto pode assumir dimensões patológicas, gerando adoecimento e sofrimento. Segundo Winnicott (1952/2000b), a ansiedade de aniquilação, se sentida em demasia, pode indicar três estados do psiquismo: uma não-integração, que gera um sentimento de desintegração no sujeito; uma não relação entre mente e corpo, resultando na despersonalização; e uma sensação de que o centro de gravidade da consciência passou do cerne para a casca, os quais serão explicados a seguir.

O sentimento de desintegração ocorre quando os cuidados falhos são recorrentes no momento em que o bebê está estabelecendo a integração do Ego, ou seja, quando ele está se estabelecendo enquanto unidade. Esse período corresponde aos primeiros meses do bebê, onde ele ainda não consegue distinguir-se do ambiente em que está inserido, por isso é preciso que o cuidador possa se identificar com o bebê para ofertar cuidados suficientemente bons, que supram as necessidades da criança, evitando que ele vivencie sentimentos persecutórios decorrentes de invasões do ambiente, como frio ou calor excessivo. A desintegração é uma defesa psíquica que produz caos em virtude da não-integração (Winnicott, 1979/2007b).

Logo depois que o bebê consegue estabelecer-se como unidade, os cuidados ofertados pelo cuidador contribuem para que ele possa elaborar as funções do corpo, passando então a habitá-lo. Quando isso ocorre, o bebê passa a perceber a pele como uma membrana que limita o interior do exterior, o eu sou do eu não sou. Esta fase do desenvolvimento do bebê também

é repleta de ansiedade, que pode vir a gerar psicossomatizações, que neste momento auxiliam no estabelecimento de relação entre psiquismo e corpo (Silva & Pinheiro, 2008; Winnicott, 1952/2000b). No entanto, se essa defesa se faz frequente, ela pode indicar que o sujeito possui uma fragilidade neste quesito; caso falhe, resultará na despersonalização, ou seja, na desvinculação entre psique e soma (Winnicott, 1979/2007b).

Na teoria Winnicottiana, a mente não é localizável em algum lugar do corpo, apenas faz parte de uma das funções da unidade psique-soma. Nela, é favorável que o sujeito passe a compreender as falhas por meio atividade mental, porém, quando há muitas falhas, ocorre um processo exacerbado de intelectualização para que seja efetuado o processamento destas falhas. Essa intelectualização é resultado de uma cisão entre mente e corpo, fazendo com que o sujeito não habite em seu cerne e por isso lhe falte um sentimento de pertencimento a si (Silva & Pinheiro, 2008; Winnicott, 1949/2000d).

Considerando isso, é importante procurar saídas que possibilitem amenizar e tratar o sofrimento causado pelas psicopatologias que envolvem Ansiedade de Aniquilação, Winnicott destaca que é necessário que o profissional seja empático, acolha o sofrimento destes sujeitos e dê o suporte necessário para que este sujeito possa vir a retomar seu desenvolvimento psíquico. Em muitos momentos não será possível que o sujeito apresente uma compreensão simbólica desta ansiedade, pois suas origens correspondem a um período em que ele não dispunha da capacidade de simbolizar, e quando isso ocorrer, é essencial que o profissional permita a presença do corpo dentro do *setting* terapêutico (Silva & Pinheiro, 2008).

### 2.2.3 Considerações

A partir desse breve levantamento teórico sobre os conceitos de ansiedade

desenvolvidas por Freud e Winnicott, observou-se que tais teorias se complementam em alguns pontos, visto que as irrupções da ansiedade se dão em momentos distintos do desenvolvimento do sujeito. Enquanto a ansiedade de aniquilação, conceituada por Winnicott, data os primeiros meses de vida do bebê, a ansiedade frente ao medo de castração, teorizada por Freud, ocorre mais tarde, frente a entrada da criança no Complexo de Édipo.

Em relação ao que foi teorizado sobre este afeto, pode-se concluir que a ansiedade, enquanto geradora de sintomas e em suas diversas formas, sinaliza a instalação de um sofrimento psíquico, sendo ela responsável pela ativação dos mecanismos de defesa, como o recalque, a desintegração, a despersonalização e a intelectualização. Para tratar as psicopatologias envolvendo ansiedade de maneira efetiva é necessário que o profissional possa avaliar qual modo de ansiedade está sendo vivenciado pelo sujeito e quais os mecanismos psíquicos ele dispõe para lidar com os seus sintomas, possibilitando assim um planejamento terapêutico mais alinhado às necessidades e singularidades de cada caso.

Neste cenário, a Avaliação Terapêutica, vista anteriormente, apresenta-se como uma possibilidade frente à queixa de ansiedade, pois visa realizar avaliações psicológicas e intervenções terapêuticas de maneira conjunta. A Avaliação Terapêutica, por meio das suas ações avaliativas, viabiliza o reconhecimento do modo de ansiedade apresentado pelo sujeito e os mecanismos psíquicos que ele possui para lidar com os sintomas gerados por esse afeto e, a partir disso, é possível alcançar um planejamento terapêutico mais alinhado às necessidades e singularidades do caso, que por sua vez, propicia ao sujeito autoconhecimento, redução de sintomas e saúde mental.

### 2.3 OBJETIVO

A presente pesquisa tem como objetivo principal estudar o processo da Avaliação Terapêutica frente à queixa de ansiedade e ainda possui dois objetivos secundários, sendo estes: (I) Realizar dois estudos de caso em Avaliação Terapêutica, interpretando a ansiedade pela abordagem Psicanalítica; (II) Avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade Beck.

### 2.4 JUSTIFICATIVA

Reconhecendo os dados apresentados pela OMS (2018), que demonstram que o Brasil é o país que mais possui casos de Transtornos Ansiosos no mundo, tendo 9,3% da sua população afetada, e reconhecendo que a demanda por tratamento vem se fazendo muito presente no âmbito clínico, inclusive nos serviços-escolas de Psicologia (Borges et al., 2018; Fernandes et. al, 2017; Viol & Ferrazza, 2015), o presente estudo ofertou Avaliação Terapêutica a pessoas que encontram-se na fila de espera de um serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do estado Paraná, buscando estudar o processo da Avaliação Psicológica frente à queixa de ansiedade. Considerando que a Avaliação Terapêutica foi estruturada recentemente, mesmo já se fazendo presente há algum tempo na prática de alguns profissionais, ainda há poucos estudos sobre este modelo no Brasil. Deste modo, compreende-se que é necessário aprofundar os estudos acerca da Avaliação Terapêutica, principalmente vinculado à queixa de ansiedade.

### 3 MÉTODO

Considerando os objetivos desta pesquisa, optou-se por um método de cunho misto, ou seja, utilizou-se tanto do modelo qualitativo quanto do quantitativo para melhor abordar os problemas da pesquisa em questão. Segundo Gunther (2006), é essencial que o pesquisador não se restrinja a um método de pesquisa para responder sua questão de pesquisa e sim utilize diversas abordagens, podendo ser qualitativas e/ou quantitativas, se isso possibilitar melhor responder o problema de pesquisa. Para o autor, a escolha do tipo de pesquisa está atrelada a implicações práticas, empíricas e técnicas da pesquisa. Por isso, é necessário considerá-las ao realizar a escolha dos métodos, pois assim pode-se alcançar melhores respostas sobre o fenômeno pesquisado e gerar um maior avanço do bem-estar social.

#### 3.1 HIPÓTESE

Pressupõem-se que a Avaliação Terapêutica frente à queixa de ansiedade possibilitará amenizar a sintomatologia apresentada e ainda promover saúde mental, autoconhecimento e preparar para futuros encaminhamentos, caso sejam necessários.

#### 3.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram selecionadas duas participantes maiores de 18 anos que estavam na fila de espera de um Serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do interior do Paraná, as quais já haviam passado por uma entrevista inicial, apresentavam queixa de ansiedade e no

momento não faziam uso de medicamentos psicotrópicos. Este último quesito se deu, pois se compreendeu que a utilização psicotrópicos, o qual gera remissão sintomas, interferiria no objetivo de avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade Beck. Após a seleção das triagens, a pesquisadora entrou em contato via telefone com as pessoas selecionadas e informou resumidamente sobre a presente pesquisa, convidando-as a participar, ambas aceitaram, então foi agendada a primeira sessão individual. Apesar do gênero não ter sido um critério de escolha, as duas participantes da pesquisa são do sexo feminino.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos pré-escolhidos para melhor responder os objetivos desta pesquisa foram três testes: o Teste Expressivo de Desenhos Coloridos (TCores), o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) e o Teste de Apercepção Temática (TAT), os quais serão apresentados a seguir.

O Teste Expressivo de Desenhos Coloridos (TCores) trata-se de um teste projetivo informatizado. Nele há 10 desenhos abstratos e, para respondê-lo, o avaliando deve selecionar cores e preenchê-los da maneira que preferir. Como trata-se de um teste informatizado, o computador registra a forma como os desenhos foram realizados, o tempo que a pessoa levou para desempenhar a atividade, quantas vezes trocou de cores, quais foram as cores mais prevalentes e menos prevalentes, por onde a pessoa iniciou o processo de colorir e por onde terminou. Considerando isto, compreende-se que a preferência por determinadas cores e a organização espacial apresentadas relacionam-se à característica da personalidade do sujeito, como nível de ansiedade, impulsividade e agressividade. Vale ressaltar que este teste ainda

está sendo estudado quanto à validade (Miguel, 2017; 2019).

O Inventário de Ansiedade Beck – BAI (Akemi, Karino, & Laros, 2014; Batista & Carneiro, 2011; Cunha, 2001) configura-se como um teste de autorrelato que visa medir a intensidade de sintomas ansiosos a partir de um questionário, que possui 21 itens, onde o sujeito precisa indicar a gravidade do sintoma apresentado em uma escala que varia de um a quatro. Este instrumento foi desenvolvido por Beck e cols. (1988) e no Brasil foi adaptado e validado por Cunha (2001).

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é classificado como um teste projetivo e seu procedimento consiste na apresentação de algumas pranchas que foram elegidas pela avaliadora, que solicita que o examinando fabule histórias sobre cada imagem presente nas pranchas. As histórias relatadas muitas vezes revelam questões inerentes à personalidade do sujeito, o qual tende a interpretar as situações tidas como ambíguas a partir das suas vivências passadas e anseios atuais, bem como expressar sentimentos e necessidades relacionadas a conteúdos inconscientes e conscientes (Murray, 2005).

### 3.4 PROCEDIMENTOS

Como apresentado anteriormente, a Avaliação Terapêutica proposta por Finn (2007/2017) foi pré-estruturada em seis etapas, sendo estas: (1) Entrevista Inicial e construção de questões norteadoras; (2) Aplicação de Teste Padronizados; (3) Sessões Interventivas; (4) Apresentação e discussão dos resultados; (5) Escrita dos resultados; (6) Sessão de *Follow-up*. A presente pesquisa seguiu esta estruturação. Vale destacar, que os atendimentos ocorreram presencialmente em um Serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do Paraná, apenas as duas últimas sessões ocorreram online, por meio de

vídeos-chamadas, devido à entrada do país em estado de pandemia, pela Covid-19.

Na *etapa 1*, composta por duas sessões, a pesquisadora buscou explicar novamente sobre a pesquisa, agora de maneira mais detalhada, sobre a Avaliação Terapêutica e sobre o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, convidando a pessoa a participar e assinar o TCLE. Nesta etapa, a pesquisadora também se apresentou e buscou conhecer a participante e compreender melhor a queixa de ansiedade apresentada inicialmente na triagem psicológica, fazendo uso de entrevistas livres. A pesquisadora também solicitou que a paciente formulasse questões acerca de coisas que ela gostaria compreender melhor sobre ela ou que estivessem causando algum tipo dificuldade ou sofrimento e, ainda, informou que as questões norteariam o trabalho realizado ao longo de toda Avaliação Terapêutica.

Na *etapa 2*, a qual também durou duas sessões, foi administrado os três testes previstos para esta pesquisa: o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), o Teste Expressivo de Desenhos Coloridos (TCores), e o Teste de Apercepção Temática (TAT). Primeiro foi aplicado o BAI seguido pelo TCores e então, na outra sessão, foi administrado o TAT.

Em relação ao TAT, este teve suas pranchas selecionados considerando cada caso individualmente. A paciente 1 respondeu as pranchas 1, 3RH, 6MF, 7MF, 11, 13HF, 14, 16, 17MF. Já a paciente 2 respondeu as pranchas 1, 3RH, 5, 7MF, 11, 14, 16, 17 MF, 18 MF. O conteúdo de cada prancha será descrito a seguir, já os motivos que levaram a seleção das pranchas para cada paciente serão descritos junto a apresentação dos casos no item *resultados* deste trabalho.

A prancha 1, intitulada *O menino e o violino*, sempre deve ser aplicada por primeiro, é considerada uma prancha introdutória, pois não representa uma situação ameaçadora. Ela retrata uma criança sentada em frente a um violino e geralmente suscita questões vinculadas a relação que sujeito estabelece com autoridades (Murray, 2005).

A prancha 3RH, *Curvado/a sobre o divã*, possui uma carga emocional maior, a imagem

mostra uma pessoa, que não apresenta uma identidade de gênero definida, curvada sobre um divã/sofá e que tem próximo aos pés um objeto com um contorno dúbio. Seu conteúdo geralmente desperta associações que se referem a “tristeza, abandono, desespero, solidão e suicídio” (Murray, 2005, p. 16).

A prancha 5, *Senhora na porta*, traz associações referente à mãe ou esposa com um perfil protetor, vigilante ou castrador. Nela está retratada uma mulher com feições maduras abrindo porta e olhando para dentro de um cômodo (Murray, 2005).

A prancha 6MF, *Mulher surpreendida*, diz respeito à relação com a figura paterna, nela é possível observar uma mulher mais nova sendo surpreendida por um homem com feições mais maduras, por vezes esse homem pode ser descrito como o parceiro desta mulher (Murray, 2005).

A prancha 7MF, *A menina e a boneca*, geralmente traz à tona a relação com a figura materna, a imagem possui uma mulher mais velha ao lado de uma menina segurando uma boneca (Murray, 2005).

A prancha 11, *Paisagem primitiva de pedra*, possui muitos estímulos visuais e é a mais indefinida em relação as outras. As temáticas suscitadas geralmente falam sobre “atitudes frente ao desconhecido, ao perigo, ao instintivo” (p. 18) e demonstram como sujeito experimenta a ansiedade. A imagem presente na prancha é dúbio e favorece distorções, nela há um caminho que leva um grupo de homens até uma ponte, há rochas em volta e um monstro, geralmente descrito como um dragão (Murray, 2005).

A prancha 13HF, *Mulher na cama*, é considerada um estímulo dramático e evoca questões relacionadas ao comportamento frente a mulheres, ao sexo, sentimento de culpa e/ou alcoolismo. Na imagem observa-se uma mulher deitada em uma cama, onde suas expressões faciais não são visíveis, e ao seu lado, em pé, encontra-se um homem com o braço em frente à face (Murray, 2005).

A prancha 14, *Homem na janela*, normalmente suscita temas sobre autoquestionamento, contemplação e aspirações. Trata-se da figura de um homem olhando por uma janela, em preto e branco, sem nuances (Murray, 2005).

A prancha 16, *Em branco*, como o nome já diz é uma folha em branco que leva o sujeito a se projetar em sua história, geralmente evoca questões relacionadas a desejos ou até a mesmo sobre a relação transferencial ao longo da aplicação do teste (Murray, 2005).

A prancha 17MF, *A ponte*, geralmente evoca temas vinculados à frustração, depressão e suicídio. A imagem ilustra uma mulher debruçada sobre uma ponte, atrás há um grupo de pessoas trabalhando, realizando esforço braçal, em torno de um silo (Murray, 2005).

A prancha 18MF, *Mulher que estrangula*, traz à tona a temática sobre relação entre mulheres, podendo evocar sentimentos de inferioridade e de reação à submissão. Nela está retratada uma mulher enforcando uma pessoa do mesmo sexo, ao pé de uma escada (Murray, 2005).

Vale ressaltar que o TAT foi aplicado com dois objetivos: coletar dados e realizar intervenções. As histórias narradas que apresentavam conteúdos significativos em relação às vivências do paciente, foram retomadas nas sessões interventivas.

A *etapa 3* foi marcada pelas sessões interventivas, em que número das sessões variou entre dois e três conforme a necessidade percebida para cada caso. Nestas sessões, para a realização das intervenções foram utilizadas as técnicas de associação livre, de interpretação e de holding, previstas pela psicanálise, e também foram retomadas as narrativas colhidas durante a aplicação do TAT que possuíam conteúdos que metaforizavam vivências que a paciente havia apresentado ao longo dos atendimentos.

Na *etapa 4*, que durou uma sessão, foram retomadas junto a paciente as questões que nortearam todo o trabalho da Avaliação Terapêutica buscando visualizar se agora, após os atendimentos e intervenções realizadas, a paciente conseguiria responder de maneira

independente às questões que ela formulou nas primeiras sessões. A partir das respostas dadas pelas pacientes, a pesquisadora apresentou os resultados dos testes e a percepção dela acerca de todo o processo avaliativo e terapêutico relacionado às questões. Nesta sessão, a pesquisadora também informou a paciente que a Avaliação Terapêutica estava chegando ao fim e que ficariam uma semana de intervalo sem atendimento, pois havia necessidade de tempo para formular uma devolutiva em formato de carta apresentando os dados para a paciente.

Na *etapa 5* foi realizado a escrita dos resultados em formato de carta, assim como previsto por Finn (2007/2017). Ao longo da escrita, retomou-se as questões formuladas inicialmente e a pesquisadora buscou responder primeiro as questões que tinham resultados mais alinhados às respostas dadas pela paciente na sessão anterior, pois demonstravam que paciente já possuía consciência acerca daquelas informações e elas seriam mais bem aceitas. As perguntas em que a paciente não havia conseguido responder ou que a resposta dada por ela não condizia com os dados coletados ao longo da Avaliação Terapêutica foram apresentadas por último, pois a paciente poderia apresentar uma maior resistência a elas. No final da carta a pesquisadora falou sobre os encaminhamentos que ela achava necessário para cada caso e agradeceu as pacientes por terem participado da pesquisa.

Cabe ressaltar que, apesar da avaliação terapêutica ser semi-estruturada, ela aceita modificações para se adequar melhor a cada caso. Observou-se que uma das pacientes possuía um grau de consciência e elaboração elevado em relação às questões formuladas. Por isso, no caso dela, ao responder às questões com os dados coletados, solicitou-se que ela ajudasse a escrever a carta falando maneiras de lidar (por exemplo, com as suas crises de ansiedade, considerando que não existe uma regra para isso e que cada pessoa vai encontrar formas diferentes para atenuar as crises), possibilitando que a paciente perceba que possui capacidade para lidar com os problemas e questões de maneira independente.

Na *etapa 6*, que ocorreu 14 dias após a última sessão, a pesquisadora relatou que lia a carta com os resultados e disse para paciente que, caso ela não concordasse com algo e desejasse alterar ela, poderia informar a pesquisadora. Após a leitura da carta, a pesquisadora buscou compreender como havia sido para paciente participar da pesquisa e administrou novamente o Inventário de Ansiedade Beck para avaliar se houve alteração de sintomas desde a primeira aplicação do teste, no início da Avaliação Terapêutica. Então a pesquisadora agradeceu novamente a participação da paciente e se despediu, informando que os atendimentos haviam chegado ao fim.

Durante todo o atendimento, a pesquisadora elaborou relatos minucioso das sessões, para fim de registro e supervisão com o seu orientador.

### 3.5 PLANO DE ANÁLISE

O Plano de análise terá duas vertentes, uma Quantitativa e outra Qualitativa. Para responder o primeiro objetivo secundário far-se-á uso de um suporte qualitativo, sendo este: (I) Realizar dois estudos de caso em Avaliação Terapêutica, interpretando a ansiedade pela abordagem Psicanalítica. Já o método quantitativo será utilizado como base para responder o segundo objetivo específico: (II) Avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade Beck.

A análise qualitativa buscará responder o primeiro objetivo específico: realizar dois estudos de caso em Avaliação Terapêutica, interpretando a ansiedade pela abordagem Psicanalítica. Yin (2001) define Estudo de Caso como uma investigação empírica de fenômenos contemporâneos dentro de um contexto real e específico. Os estudos de caso são classificados pelo autor como “uma estratégia de pesquisa abrangente” (p. 33), sendo capaz de

abarcam estudos de caso únicos e de casos múltiplos. A análise do estudo de caso será feita por meio do referencial teórico Psicanalítico.

A Análise Quantitativa, por sua vez, dará suporte para tratar os dados obtidos pelos testes e buscará responder ao segundo objetivo específico. Para avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade Beck, as médias dos resultados obtidos pelo instrumento serão comparadas no primeiro e no último atendimento.

### *Observações*

É importante salientar aqui que o termo empregado na bibliografia da Avaliação Terapêutica ao referir-se às pessoas que passam por esse processo é “cliente”, no entanto a pesquisadora optou pelo uso de termos alinhados à abordagem escolhida, a Psicanálise, como: paciente, sujeito e indivíduo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CASO ANA

#### 4.1.1 Apresentação Do Caso Ana

Ana, uma mulher de 30 anos, procurou atendimento psicológico no Serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do interior do Paraná pois vinha sentindo-se ansiosa em relação à doença do marido, que possuía insuficiência renal e encontrava-se na fila de espera para receber uma transfusão de rim, e também por sentir dificuldade de expressar o que sentia e pensava. Ana relatou apresentar falta de ar, tremor e a sensação de que iria morrer quando se sente ansiosa. Também contou que a primeira vez que se sentiu assim procurou um hospital, pois realmente achou que pudesse morrer. Lá foram feitos diversos exames que constataram que Ana não tinha nenhum problema físico de saúde e informaram que ela provavelmente havia experienciado uma crise de ansiedade. Ana informou que naquele momento os médicos receitaram psicotrópicos para conter a crise, no entanto ela não aderiu ao tratamento medicamentoso e atualmente não faz uso de nenhum psicotrópico.

#### 4.1.2 Sessão Inicial

A sessão inicial se deu em um encontro e tinha como foco a apresentação da pesquisadora e da pesquisa, bem como conhecer a paciente e os motivos que levaram ela procurar por atendimento psicológico e ainda elaborar questões que iriam nortear toda a

Avaliação Terapêutica (AT), assim como previsto (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016).

No primeiro momento da sessão inicial a pesquisadora buscou se apresentar, falar um pouco sobre a sua formação, e também explicar a presente pesquisa e o método da Avaliação Terapêutica de maneira minuciosa. Logo em seguida, a pesquisadora leu o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) junto a Ana, respondeu dúvidas que ela pudesse ter em relação à pesquisa e convidou-a a participar e assinar o TCLE, agora de maneira efetiva.

Após a assinatura do TCLE, a pesquisadora buscou conhecer melhor Ana, saber sobre sua rede de apoio e explorar a queixa que fez com que ela procurasse por atendimento psicológico por meio de entrevista livres. Ana tem 30 anos, cursou ensino superior e trabalha como auxiliar financeiro. Ela é casada, possui uma filha de 5 anos e reside com o marido e a filha. A busca por atendimento psicológico se deu devido à queixa de ansiedade de Ana e pelo momento difícil que ela e sua família passavam, o marido possui insuficiência renal e encontra-se na fila de espera para realizar um transplante de rim.

Após esta etapa, a pesquisadora retomou que era necessário que ela e Ana construíssem juntas questões que viriam a nortear toda Avaliação Terapêutica. A primeira questão elaborada por Ana foi “Por que me expresso desta forma?” (sic). Ao longo deste primeiro atendimento ela relatou sentir dificuldade de expressar o que pensava e sentia por medo de desagradar as pessoas, principalmente frente ao marido e à sogra, por isso gostaria que os atendimentos auxiliassem ela a se expressar de maneira mais assertiva, sem chatear as pessoas, pois isso a angustiava. Ficou explícito que Ana não costumava se expressar, principalmente depois dela relatar que a primeira vez que ela experienciou uma crise ansiedade foi enquanto desabafava com a mãe. Nesse momento Ana recordava um episódio que aconteceu em sua adolescência onde ela engasgou e parou de respirar. A irmã mais velha, que é enfermeira, socorreu-a. Ela disse acreditar que a falta de ar que sente pode ter relação com

esse episódio da vida dela. Ana sentiu dificuldade para formular mais perguntas, então a pesquisadora sugeriu que seria interessante pensar em uma questão sobre ansiedade, considerando que este era foco da AT, e a segunda questão de Ana foi “Por que sinto ansiedade?” (sic). Ana relatava que, quando se sente ansiosa, apresenta falta de ar, tremor e tem medo de morrer, e percebia-se ansiosa em duas situações: quando não concordava com algo, mas não se posicionava para não desagradar os outros; e quando ia ao médico e/ou dentista e passava por procedimentos mais invasivos, como ao tomar anestesia.

#### 4.1.3 Sessões de Aplicação de Testes Psicológicos

As sessões de aplicação de testes psicológicos tiveram como objetivo a administração de teste psicológicos que contribuíssem para o levantamento de dados significantes sobre a paciente e sua queixa, como prevê a AT (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016; Villemor-Amaral & Resende, 2018).

No caso de Ana foram utilizadas duas sessões e meias para administração dos testes psicológicos programados: o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), o Teste Expressivo dos Desenhos Coloridos (TCores) e o Teste de Apercepção Temática (TAT). Os dois primeiros testes foram aplicados em meia sessão, sendo que ambos se encontram na versão informatizada, enquanto o TAT foi aplicado em duas sessões, em sua versão impressa. Foi utilizada mais meia sessão para aplicação de dois testes adicionais: Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Desesperança (BHS), que se fizeram necessários para melhor compreender o caso de Ana.

A ordem da aplicação dos testes, como sugerido por Finn (2007/2017), considerou primeiramente o instrumento psicológico que estava mais alinhado as questões construídas

por Ana, o Inventário de Ansiedade Beck, com o intuito de diminuir o nível de ansiedade da paciente em relação à avaliação psicológica, mostrando que os dados que estavam sendo coletados buscavam responder as dúvidas que Ana tinha em relação a si própria. Depois foram administrados os testes que possibilitavam ter uma visão mais ampla em relação ao funcionamento de Ana: o Teste Expressivo dos Desenhos Coloridos e o Teste de Apercepção Temática. Por fim, devido dados levantados por meio da administração dos instrumentos psicológicos que levaram a pesquisadora a considerar que Ana poderia estar sofrendo com um Transtorno Depressivo, foram acrescentados mais dois testes: o Inventário de Depressão Beck e a Escala de Desesperança.

Cabe ressaltar que o Inventário de Ansiedade Beck, o Inventário de Depressão Beck e a Escala de Desesperança são testes classificados como de autorrelato (Cunha, 2001). Nesta categoria de testes, os dados são levantados a partir da percepção que a pessoa possui sobre si. Apesar de atualmente este modelo de avaliação psicológica ter uma maior popularidade, observa-se que em alguns casos a autopercepção que pessoa apresenta não corresponde ao seu comportamento ou à percepção que outras pessoas possuem em relação a ela, o que aponta para necessidade de uma avaliação psicológica pautada em multi-métodos (Mihura, 2012). Já o Teste Expressivo dos Desenhos Coloridos (Miguel, 2017; 2019) e o Teste de Apercepção Temática (Murray, 2005) são categorizados como testes projetivos. Este modelo de instrumentos psicológicos visa avaliar características da personalidade do sujeito por meio de desempenho (Mihura, 2012). A combinação de testes de autorrelato com projetivo possibilitam o levantamento de dados mais qualificados, que acessam informações inerentes ao sujeito de modos distintos, o que resulta numa melhor compreensão do funcionamento do sujeito (Mihura, 2012; Villemor-Amaral, 2016).

Nesta aplicação o resultado do BAI (versão informatizada) mostrou que Ana apresenta um nível moderado de ansiedade (escore 28). Já o TCores (versão informatizada) apresentou

o seguinte resultado: Cores Pastéis: 2,26 (muito alto); Cores Vivas: -0,07 (médio); Variabilidade: 0,44 (médio). Esse resultado sugere que Ana apresenta um nível muito alto de empatia, assim como de recursos psíquicos para lidar com diversas situações. Ana ainda possui um alto nível de flexibilidade criativa, um nível de agitação emocional mediano e busca por atividades prazerosas de maneira equilibrada. Observa-se que o BAI, ao apontar que o nível de ansiedade de Ana é moderado, se mostra consonante ao resultado de TCores que afirma que ela possui uma agitação emocional moderada. Em relação ao resultado do TCores que afirma que Ana possui um nível muito elevado de recursos psíquicos para lidar com variadas situações, mesmo com o Ana apresentando dificuldades significativas para expressar algumas emoções, sugere que a paciente possui um bom prognóstico caso siga trabalhando esta questão em psicoterapia. Este resultado incute que Ana tem disponibilidade de recursos psíquicos, no entanto, devido a características de personalidade (querer agradar a todos) e contingências ambientais (não ter sido ensinada a lidar com emoções), não tem conseguido lidar com as suas emoções de maneira saudável, o que lhe causa sofrimento.

Em relação ao TAT, é importante dizer que Ana apresentou dificuldade para formular narrativas sobre as pranchas com um começo, um meio e um fim, em que os personagens apresentassem emoções e pensamentos. As histórias contadas por ela eram breves, predominantemente descritivas e não continham pensamentos e/ou emoções, mesmo com a pesquisadora apontando para essa questão e solicitando que Ana inserisse emoções e pensamentos em sua narração. Considerando essa dificuldade apresentada por Ana, a pesquisadora reaplicou o TAT esperando que ela conseguisse cumprir o que foi solicitado, visto que Ana possuía um nível de escolaridade superior e não demonstrava ter problemas cognitivos. No entanto, Ana apresentou o mesmo padrão de narrativas, o que demonstrou o quanto difícil é para ela reconhecer e expressar emoções e pensamentos.

Foram selecionadas nove pranchas mais relevantes para o caso de Ana, sendo elas: 01, 3RH, 6 MF, 7 MF, 11, 13 HF, 14, 16, 17 MF. A prancha 01, *O menino e o violino*, é a prancha introdutória que deve ser aplicada por primeiro em todos os casos, por isso iniciamos a aplicação do TAT em Ana com ela. A história narrada por Ana foi a seguinte “ele acordou desanimado, foi para mesa estudar ou ler, mas sem vontade nenhuma, ficou fazendo suas tarefas por obrigações” (sic). Ana quis finalizar aqui, então a pesquisadora indicou que era necessário que a história tivesse um desfecho, por isso ela continuou “(...) finalizou e foi brincar” (sic). Após essa narração a pesquisadora questionou se Ana via um livro, ela respondeu que sim, então a pesquisadora apontou para onde as pessoas geralmente enxergam um violino e perguntou o que era, Ana respondeu que era um suporte de livro. Na sessão seguinte, a pesquisadora perguntou se Ana sabia o que era um violino, ela respondeu que sim, ao ver novamente a prancha 01, Ana reconheceu o violino. Os temas que se destacaram nesta narrativa foram: desânimo, obrigações/trabalho, e por fim, houve uma distorção aperceptiva quando Ana disse enxergar um suporte de livro em vez do violino, o qual era um estímulo visual evidente.

A prancha 3RH, *Curvado/a sobre o divã*, foi selecionada para Ana devido dificuldade que ela apresentava para expor suas emoções, principalmente as tidas como mais negativas. Ana iniciou dando detalhes sobre a prancha sem colocar em formato de história “pra mim é uma pessoa depressiva” (sic) disse e em seguida complementou “tudo que eu estou falando está sendo negativo” (sic), o que fez com que a pesquisadora interpretasse que Ana pudesse estar com as defesas psíquicas elevadas. Considerando que Ana não havia apresentado uma história, como solicitado, a pesquisadora lembrou que ela precisava criar uma narrativa com início, meio e fim e que era importante que os personagens expressassem emoções ou pensamentos, então Ana contou a seguinte “uma pessoa sem vontade de viver a vida que Deus proporciona pra gente. Ninguém apoiou ela. A família veio e ajudou ela, apoiou ela. Ela se

levantou e foi fazer suas atividades do dia” (sic). Ana indicou ter finalizado, então a pesquisadora apontou para um objeto presente na prancha e disse que ela não havia falado nada sobre ele e que era importante que Ana o incluísse na história. Ana continuou “(...) uma chave, sem o apoio ela não conseguiria pegar essa chave e retomar suas atividades” (sic), então finalizou. Nesta narrativa observa-se cinco temas preponderantes, sendo eles: desânimo, religião, necessidade de suporte, família como rede de apoio e obrigações/trabalho.

A prancha 6MF, *Mulher surpreendida*, foi escolhida para Ana para tentar compreender melhor a relação dela com o pai, pois ela chorou ao contar sobre a separação dos pais que ocorreu quando ainda era criança e relatou ter ficado anos afastada do pai e só voltou a se relacionar com ele após o nascimento da filha, pois avô e neta eram muitos apegados um ao outro. Apesar do motivo que levou à seleção da prancha, Ana narrou sobre um casal “Aqui eu vejo um casal em sua casa, em um momento mais tranquilo de noite. Eu acho que eles estão aproveitando para falar sobre o dia, como que foi. Ela não parece feliz, mas ele parece normal. Tiveram uma noite agradável, normal, foram dormir” (sic). No final Ana acrescentou “ele parece um pouco mais velho que ela” (sic). Três temas se sobressaltaram nesta história: família, desânimo e/ou tristeza e uma distorção aperceptiva. A distorção aperceptiva ocorreu no momento em que Ana disse que o homem parecia um pouco mais velho que a mulher, sendo que ele é evidentemente mais velho, o que faz com que as pessoas, ao ver a prancha 6MF, geralmente narrem sobre pais e filhas.

A prancha 7MF, *A menina e a boneca*, foi selecionada para Ana para compreender melhor a relação dela com a mãe. Ao ver a prancha Ana falou que a menina parecia muito nova para ser mãe e que não parecia ser uma boneca quem ela tinha nos braços, então iniciou sua história “Final de tarde a mãe senta com as suas filhas para ler a bíblia. A irmã mais velha está segurando o bebê no colo. Elas fazem a oração e vão dormir” (sic). Ana rindo disse que tudo termina em dormir. Seu último comentário sobre esta prancha é que parecia ser uma

família unida. Houve três temas principais nesta narração: família, religião e suporte. O tema suporte aparece como interpretação realizada pela pesquisadora quando Ana conta que a irmã mais velha estava segurando o bebê no colo, pois remete ao conceito *holding* apresentado por Winnicott, que será melhor desenvolvido adiante na análise do conteúdo das narrativas.

A prancha 11, *Paisagem primitiva de pedra*, é uma prancha comumente aplicada, ela marca a metade da aplicação do TAT, geralmente suscita questões relacionadas a forma como o sujeito lida com situações que geram ansiedade e por esses motivos foi selecionada para o caso de Ana, considerando que esta era uma de suas queixas. Ana iniciou dizendo que a imagem parecia uma natureza e que para ela ali tinha dois bichos. A pesquisadora ficou em silêncio esperando que Ana iniciasse a história, mas ela não acrescentou mais nada. Então a pesquisadora lembrou que Ana precisava contar uma história sobre a imagem e que era importante que sentimentos ou pensamentos aparecessem mais, visto que em algumas histórias contadas por ela eles não estavam presentes. Ana com muita dificuldade iniciou de maneira desconfortável “Dois bichos na natureza aproveitando o seu dia. Um insetão foi atrás do seu alimento para sua sobrevivência, comeu, ficou bem alimentado e foi repousar” (sic). A pesquisadora falou novamente que na história contada por ela não havia sentimentos e pensamentos, então Ana retomou “eles estão em seus ambientes, então eles estão felizes por poder ir atrás dos seus alimentos e viver livre na natureza” (sic). Nesta narrativa dois temas se sobressaíram: obrigações/trabalho e sentimento de felicidade.

A prancha 13HF, *Mulher na cama*, foi selecionada para o caso de Ana para compreender melhor a relação estabelecida entre ela e o marido. Ana iniciou a narrativa do seguinte modo “Ele acordou de manhã, levantou (...)” (sic), então interrompeu a história e disse que para ela parece que a mulher está confusa e perguntou para pesquisadora se era isso mesmo, ela respondeu a Ana que não havia certo ou errado e que gostaria de saber o que Ana percebe. Então Ana iniciou outra história “Ela estava mal a noite inteira. Ele ficou sentado na

cadeira, ele estava cansado, levantou da cadeira e levantou esgotado, querendo ajudar ela, mas também já estava num período cansado e ele também precisava de uma ajuda e por ele ver que a mulher precisava bem mais dele, renovou suas energias” (sic). Nesta narrativa se observou três temas principais: esgotamento, necessidade de suporte e família como rede de apoio.

A prancha 14, *Homem na janela*, é uma prancha que geralmente suscita questões relacionadas autoquestionamentos, aspirações e contemplação e foi selecionada para tentar compreender qual visão Ana possuía sobre si e sobre a vida. Ao ver a prancha Ana disse que estava piorando e que devido ao fato de as pranchas serem em preto e branco, ela tendia a narrar histórias negativas. Ana contou a seguinte história “Ele levantou desanimado, foi tomar um ar na janela. Aí ele pensou na sua casa, na sua família, na vida que Deus deu para ele, respirou fundo e foi para o trabalho” (sic). Nesta narrativa houve quatro temas principais: desânimo, família como rede de apoio, religião e obrigações/trabalho.

A prancha 16, *Em branco*, sempre deve ser aplicada ao longo da administração do TAT, geralmente evoca questões relacionadas à transferência entre psicoterapeuta e paciente. Quando a pesquisadora apresentou a prancha Ana ficou confusa e virou-a procurando a imagem, então riu e narrou a história “Uma folha em branco, pureza, para gente refletir como é boa a vida, tudo que Deus fez. Sendo limpo, coração tranquilo, a gente consegue ficar em paz com essa figura” (sic). Nesta narrativa, considerando o conteúdo presente em todas as outras, apenas um tema se repetiu, a religião.

A prancha 17MF, *A ponte*, foi aplicada em Ana devido à dificuldade que ela apresenta em expor as emoções, principalmente as tidas como mais negativas, esta é uma prancha que evoca temas relacionados à tristeza, depressão, frustração e suicídio. Ana narrou esta história “Amanheceu um dia ensolarado, as pessoas acordaram e foram para os seus serviços. Elas estavam empolgadas porque tinha uma pessoa auxiliando elas, sendo assim elas conseguiram

realizar seu trabalho de acordo com o esperado” (sic). Ana demonstrou ter finalizado a história, então a pesquisadora apontou que ela não havia falado sobre a pessoa que estava na ponte, então Ana continuou “(...) e uma pessoa olhando de cima e vendo que aquilo tinha que ser feito daquela maneira” (sic). A narrativa apresentou dois temas preponderantes: obrigações/trabalho e sentimento de empolgação.

Após a aplicação do TAT a pesquisadora pontuou para Ana que em vários momentos ela não falou sobre emoções e pensamentos como havia sido solicitado. Ana disse que o teste a fez pensar bastante porque ela não costuma falar muito e expressar o que sente, por isso ela acha que não apareceram tantas emoções. A pesquisadora concordou com Ana e disse que também achava que um dos resultados do teste dizia quão significativa era dificuldade de Ana de expressar o que sentia e que talvez isso devesse ser mais trabalhado ao longo da Avaliação Terapêutica.

Em relação ao conteúdo das narrativas elaboradas por Ana ao longo da administração do TAT, observa-se que seis temas apareceram de maneira preponderante, sendo eles: Obrigações/Trabalho (Categoria 1), Sintomatologia Depressiva (Categoria 2), Religiosidade (Categoria 3); Família (Categoria 4) Necessidade de suporte (Categoria 5); Distorções Aperceptivas (Categoria 6).

Na categoria 1, *Obrigações/Trabalho*, cinco histórias continham narrativas sobre maneiras de perceber os deveres e o trabalho, sendo estas as histórias das pranchas 01, 3RH, 11, 14, 17 MF. Além de abordar a temática *Obrigações/Trabalho*, as pranchas 01, 3RH e 14 também falavam sobre desânimo, esgotamento e tristeza, sintomas padrão do Transtorno Depressivo (DSM-V, 2014), o que levantou a hipótese de Ana estar passando por um estresse laboral que pode desencadear depressão. A hipótese de Ana estar passando por estresse laboral foi corroborada ao longo das sessões enquanto Ana dizia se sentir sobrecarregada por trabalhar como auxiliar financeiro, assumir as tarefas de casa e ser mãe. As outras duas

histórias que correspondem a esta categoria falavam sobre alegria e empolgação, emoções opostas ao que Ana dizia sentir em relação ao seu trabalho. Espera-se que as narrativas em relação à prancha 11 digam sobre a forma como o sujeito enfrenta situações ansiogênicas, enquanto a prancha 17MF comumente apresenta histórias relacionadas à depressão, frustração e suicídio. O fato de Ana ter narrado histórias que continham emoções como alegria e empolgação diante destas pranchas pode apontar para uma formação reativa, mecanismo de defesa psíquica onde sentimentos e impulsos psíquicos intoleráveis são modificados para tornarem-se admissíveis, o que reforça mais uma vez a dificuldade que Ana possui para assumir as emoções tidas como mais negativas, principalmente tristeza, desânimo e ansiedade.

Na categoria 2, *Sintomatologia Depressiva*, cinco narrativas das pranchas 1, 3RH, 6MF, 13HF, 14 apresentavam sintomas presente no Transtorno Depressivo: desânimo, esgotamento e tristeza (DSM-V, 2014). Esta categoria, uma das que mais se repetiu ao longo das histórias contadas por Ana, junto com a questão do estresse laboral e da dificuldade de lidar com as emoções, fez com que se levantasse a hipótese de Ana estar sofrendo com um Transtorno Depressivo. Deste modo, foram aplicados dois testes de autorrelato: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Desesperança (BHS), os resultados em ambos os testes apresentaram escores baixos para depressão e desesperança. No entanto, o resultado significativo presente no TAT, teste projetivo, sugere que Ana pode desenvolver depressão caso não consiga lidar com as emoções. Além disso, a história narrada sobre a prancha 13HF, *Mulher na cama*, apresenta um entrelaçamento entre mal-estar físico e emocional quando Ana diz apenas que a mulher estava mal, a história segue fazendo esse entrelaçamento ora falando sobre cansaço, ora sobre esgotamento. Ana não parece usar essas palavras como sinônimos e sim para expressar questões distintas. A ambiguidade presente na narração demonstra uma dificuldade de simbolização e ainda levanta a hipótese de Ana sofrer com psicossomatizações,

visto que tem dificuldade para lidar com emoções negativas e para expressar o que sente, o que faz com que a energia desencadeada pelas emoções não encontre um escape e acabe por adoecer o corpo de Ana. Ao longo das sessões Ana falou sobre diversos adoecimentos físicos, como dores de cabeça frequentes, cansaço físico, tremor, falta de ar e ataques de pânico.

Freud (1933/2010), Winnicott (1931/2000a) e outros autores da psicanálise (Goldgrub, 2010; Ribeiro, 2009; Silva & Pinheiro, 2008) destacam que ansiedade pode se apresentar entrelaçada a psicossomatizações. Os casos de Neurose de Angústia, conceituados por Freud (1933/2010), apresentam tais características, neste enquadre, quando a libido (energia vital) não encontra um destino adequado, ela acaba gerando ansiedade e psicossomatizações, como: arritmia cardíaca; dificuldade para respirar; dores torácicas; sudorese; insônia; calafrios; tontura; ataques de pânico; paralisia motora; desconforto abdominal; ansiedade; despersonalização; desrealização (Ribeiro, 2009). Apesar de Freud utilizar o termo Neurose de Angústia, observa-se que os sintomas descritos pelo Psicanalista em relação a esse quadro são os mesmos presentes no Transtorno de Pânico, nomenclatura utilizada atualmente pelos manuais diagnósticos (DSM-V, 2014).

Na categoria 3, *Religiosidade*, quatro narrativas em relação às pranchas 3HR, 7MF, 14, 16 continham temas sobre religião e Deus. Após encontrar esse dado a pesquisadora buscou compreender se Ana possuía alguma religião específica e se isso poderia estar relacionada à dificuldade que Ana apresentava para lidar com as emoções negativas ou algum tipo de inflexibilidade psíquica. No entanto, Ana disse ser católica não praticante.

Na categoria 4, *Família*, cinco histórias em relação às pranchas 3HR, 6MF, 7MF, 13HF e 14 falavam sobre este tema. Quatro destas pranchas também falam sobre a *Sintomatologia depressiva* (3RH, 6MF, 13HF e 14) e três sobre a *Necessidade de suporte* (Categoria 5, pranchas 3RH, 7MF e 13HF), a vinculação dessas categorias demonstra que o sofrimento psíquico apresentado por Ana carece de um maior suporte familiar.

Winnicott (1979/2007a) teorizou sobre a necessidade de suporte frente ao sofrimento psíquico, principalmente em relação ao que ele denominou como ansiedade de aniquilação. Segundo o autor, a ansiedade de aniquilação ocorre quando os cuidados para com o recém nascidos são falhos, ou seja, quando o *holding* não se dá de maneira suficientemente boa. Para que esse suporte se dê de forma adequada é necessário que o cuidador se identifique com o bebê para compreender efetivamente suas reais necessidades, possibilitando assim a amenização dos sentimentos de aniquilação. Caso os cuidados conferidos ao bebê tenham sido em sua maioria falhos, é possível que o sujeito, mesmo que em fases posteriores do seu desenvolvimento, apresente ansiedade de aniquilação sempre que se depare com alguma forma de desamparo, ou seja, quando não há um suporte que corresponda às necessidades reais daquela pessoa. As narrativas resultantes da aplicação do TAT de Ana foram expressivas em relação à existência de uma necessidade de suporte, em suma familiar, pois ela vem vivenciando sofrimento psíquico, que em alguns momentos se desdobram em crises de ansiedade. O fato dessa necessidade de suporte ser demandada especificamente da família pode dizer sobre a existência de uma carência de cuidados suficientemente bons na primeira infância, visto que quando recém nascida os pais de Ana eram os seus cuidadores principais. Cabe incluir que o conceito de *holding* foi importado para âmbito clínico e é pensado como técnica psicanalítica, ou seja, seria importante que o psicólogo ou psicanalista que siga acompanhando o caso de Ana possa se identificar de maneira efetiva com a paciente, para compreender quais são suas reais necessidades, mesmo as não verbalizadas, e atendê-las sempre que demandado, para que Ana possa vir a se sentir amparada e alcançar uma continuidade de ser menos dependente.

Em relação a essa temática ainda vale ressaltar que é indispensável trabalhar a importância de expressar sentimentos, pensamentos e necessidades ao longo da psicoterapia da paciente. Ana apresenta recursos psíquicos para realizar essa ação, como expressou o

resultado do TCores, mas devido a características da sua personalidade, como o fato dela querer agradar a todos sempre, e o fato de não ter sido ensinada a lidar com as emoções de maneira saudável, Ana não a faz. Isso dificulta que a família de Ana reconheça essa necessidade de suporte que ela vem apresentando, o que resulta na constante sensação de desamparo, que pode culminar em crises de ansiedade, como já relatado por Ana.

Na categoria 6, *Distorções aperceptivas*, duas narrativas em relação às pranchas 01 e 6MF, continham distorções de estímulos claros. Na prancha 1 Ana relatou ver um livro em cima de um suporte em vez de um violino; e na prancha 6MF Ana disse que homem era um pouco mais velho que a mulher, sendo que ele é nitidamente mais velho. Nesta prancha, comumente, as pessoas narram histórias sobre pais e filhas e não sobre casais, como ocorreu no caso de Ana. Vale destacar que as narrativas das pranchas 01 e 6MF também evocam o tema *Sintomatologia depressiva*, o que pode indicar que Ana tem um rebaixamento perceptivo da realidade ao apresentar desânimo, esgotamento e tristeza.

#### 4.1.4 Sessões Interventivas

As intervenções não se deram apenas na etapa prevista, elas ocorreram desde a segunda sessão, pois Ana trouxe conteúdos significativos para o desenrolar do seu caso e mostrou-se receptiva a intervenções. As sessões interventivas de Ana se deram por meio da associação livre, técnica proposta pela Psicanálise.

Em uma das sessões, Ana relatou que andou pensando sobre as coisas que lhe causavam ansiedade e uma delas era alguns comportamentos grosseiros de seu marido. Ela contou que no domingo foram almoçar na casa da sua irmã e do seu cunhado e chegando lá o casal demorou pra atender o interfone, o que deixou seu marido bravo e fez ele dizer que não

queria mais almoçar com os dois. Ana disse que não gosta de desagradar as pessoas, mas as vezes o marido faz isso, o que acaba deixando-a ansiosa. A pesquisadora questionou se Ana havia dito isso ao marido, ela respondeu que não. A pesquisadora pontuou que percebia que, para não desagradar as pessoas, Ana acabava não se posicionando, o que poderia deixá-la ansiosa. A pesquisadora ainda complementou explicando que, quando as pessoas não permitem que a carga emocional saia através da fala, contando como se sentem sobre determinados aspectos da vida e das relações, essa carga emocional precisava encontrar outra forma de ser descarregada e que em Ana parecia que a forma como as emoções encontravam uma saída era através do choro e dos sintomas apresentados pelo seu corpo como falta de ar, tremor e os ataques de pânico, já relatados em sessão.

Tais intervenções foram realizadas, pois questões psicológicas relacionadas a sintomas corporais se fizeram bem presentes nos relatos de Ana e também surgiram ao longo da aplicação do TAT. Na narrativa da prancha 13HF, intitulada *Mulher na cama*, Ana conta que a mulher estava mal, não classificando o mal-estar com físico ou psicológico, o que também remete a dificuldade da paciente para se expressar, o que acaba fazendo com que a carga emocional não encontre um destino adequado e acabe por padecer o corpo dela.

Então, a pesquisadora, tentando compreender melhor como era o relacionamento de Ana com o marido, perguntou como eles se conheceram. Ana contou que a casa da sua mãe ficava na rua do trabalho dele e que ele sempre a via passar na rua, até que um dia convidou-a pra conversar e desde então começaram a se relacionar. Ana também relatou que eles namoraram por 4 anos e seu marido passou por um momento depressivo devido à insuficiência renal. Ela tentou dar o apoio que ele precisava, mas ele decidiu terminar o relacionamento. Logo em seguida ele iniciou outro relacionamento que durou cerca de 3 anos. Quando aquele relacionamento terminou, ele foi atrás de Ana para reatar e eles voltaram a

namorar. Pouco tempo depois, Ana engravidou e eles foram morar juntos na casa da sogra, ficaram 6 meses lá, até mobiliarem a casa que moram atualmente.

Logo após falar sobre essa temática, a pesquisadora buscou compreender melhor a relação de Ana com o pai. Ana, emocionada, relatou que os pais se separaram quando ela tinha 8 anos e também disse que a sua mãe sempre fez tudo pelo seu pai e mesmo assim ele a traiu e constituiu uma nova família com a mulher em questão. Ana contou que, durante a infância e a adolescência, não teve muito contato com o pai, mas que agora, devido a relação da sua filha com ele, tem se reaproximado. Considerando isso, a pesquisadora pontuou que, a partir dessa fala de Ana, pode perceber que a mãe dela fazia tudo para agradar o marido, evitando sempre chateá-lo, mas isso não foi o suficiente para sustentar o relacionamento deles. Ana concordou, então a pesquisadora questionou se Ana tinha medo de dizer como se sente nos momentos que o marido é grosseiro por medo do casamento deles acabar? Ana chorou bastante neste momento e não respondeu. Então a pesquisadora complementou dizendo que a forma como os pais se relacionam acaba por servir de exemplo aos filhos, o que faz com que muitas pessoas generalizem e achem que essa é a única forma possível de se relacionar, mas isso não é verdade, há inúmeras outras formas. A partir disso, a pesquisadora buscou alinhar todos os conteúdos trazidos por Ana na sessão, lembrando que ela iniciou falando sobre a dificuldade que Ana sentia para expressar suas emoções e pensamentos frente ao marido e depois ela contou sobre a relação entre seus pais e disse que a mãe assumia um posicionamento parecido com o dela, o que levou a pesquisadora a pontuar que percebia que Ana se identificava bastante com a mãe. Ana concordou, disse “eu me pareço fisicamente com a minha mãe e por dentro também” (sic). A pesquisadora ainda disse que Ana nunca agradaria a todas as pessoas, pois isso é impossível, visto que cada pessoa é única e gostam de diferentes formas de agir. A pesquisadora ainda falou que há outras coisas que sustentam um relacionamento, como afeto, cumplicidade, companheirismo. Por fim, a pesquisadora pontuou

que a dificuldade de Ana de expressar o que sente e pensa acabava gerando sofrimento a ela, inclusive ansiedade, e a falta de ar que Ana se queixa quando ansiosa pode ser uma resposta de seu corpo em relação ao não poder falar coisas que desagradem, a garganta fecha para que as palavras não saiam, mas o oxigênio também não entra, lhe causando falta de ar.

Cabe destacar que as intervenções relacionadas a possibilidade de Ana estar repetindo o modo de se relacionar dos pais e a identificação que ela possui com a mãe também remetem a algo que já havia aparecido ao longo da aplicação do TAT, quando a paciente narrou a história de um casal em relação à prancha 6MF, nomeada como *Mulher surpresa*. As histórias elaboradas em relação a essa prancha geralmente falam sobre pais e filhas, o que não ocorreu no caso de Ana.

#### 4.1.5 Sessão Final

A sessão final, realizada em um encontro, foi composta por duas etapas da Avaliação Terapêutica: a de discussão dos resultados e de acompanhamento. Finn (2007/2017) sugere que a etapa de acompanhamento seja feita cerca de três a seis meses após a finalização do Processo avaliativo/terapêutico. No entanto, devido às limitações de tempo da presente pesquisa, assim como pela a entrada do Brasil em estado de quarentena por causa da pandemia de Covid-19, as etapas precisaram ser unidas e não tiveram um intervalo de tempo tão longo, apenas de quinze dias de diferença da última sessão interventiva. Esse tempo também possibilitou que a pesquisadora organizasse os resultados obtidos para apresentá-los à Ana. Cabe ressaltar que todos os atendimentos de Ana foram presenciais, exceto esse, devido às condições de quarentena, que exigiram que a última sessão fosse online, por meio de vídeo chamada.

Neste atendimento a pesquisadora também retomou as questões norteadoras elaboradas na primeira sessão para observar se Ana, agora, podia respondê-las de maneira independente. Em relação às questões que nortearam a AT, Ana respondeu que não havia sido muito estimulada a expressar seus sentimentos durante a infância, então passou a guardar tudo para si, o que acabava fazendo com que ela sentisse ansiedade em demasia.

A retomada das questões norteadoras antes da apresentação dos resultados, possibilitou que a pesquisadora avaliasse, mais uma vez, o nível de flexibilidade, defesa e limitações que Ana possuía em relação aos conteúdos trabalhados, possibilitando que a pesquisadora não apresentasse dados que pudessem gerar muito sofrimento a paciente, modo aconselhado por Finn (2007/2017).

Os resultados obtidos ao longo da Avaliação Terapêutica foram organizados pela pesquisadora em uma carta a partir do nível consciência que Ana possuía em relação a esses dados, como previsto por Finn (2007/2017). Primeiro foram apresentadas as informações que correspondiam à forma como Ana se enxergava. Na primeira sessão Ana logo falou sobre sua dificuldade de se expressar, mostrando ter consciência sobre este tema, por isso a primeira questão respondida foi “porque eu me expesso dessa forma” e depois “por que sinto ansiedade”. Apesar de uma questão estar relacionada a outra, a resposta da segunda questão também continha informações que só puderam ser acessadas por meio da associação livre, pois possuíam conteúdo inconsciente por isso foram apresentadas por último e de maneira cautelosa, informações estas que falam sobre identificação direta entre mãe filha e um modo de lidar com emoções transgeracional.

Depois que Ana respondeu às questões, a pesquisadora informou que havia organizado os resultados da Avaliação Terapêutica em uma carta, a qual ela leria junto com Ana e esperava que a paciente pudesse participar da edição desta carta, trazendo seu olhar em relação aos atendimentos realizados. A carta foi anexada a seguir.

19 de março de 2020.

Querida Ana,

Escrevo essa carta com o objetivo de apresentar a você os resultados alcançados ao longo das cinco sessões de Avaliação Terapêutica realizadas. Mas primeiramente gostaria de agradecer por ter aceito participar da minha pesquisa do mestrado em Psicologia, você foi importante para minha formação. Obrigada!

Agora vamos para os resultados! Na primeira sessão construímos juntas as perguntas que iriam nortear toda a Avaliação Terapêutica, sendo elas “por que me expresso dessa forma?” e “por que tenho ansiedade?”. Os resultados obtidos pelos testes, juntamente com as histórias narradas por você, auxiliaram esclarecer essas questões.

Quando apliquei o Teste da Apercepção Temática (TAT), solicitei que você me contasse uma história com um começo, um meio e um fim, e ainda ressaltai que era necessário que os personagens apresentassem pensamentos e sentimentos. Sempre que você terminava de me narrar uma história, eu precisava lembrá-la que a história estava sem sentimentos nem pensamentos. Ficou claro para nós duas que havia uma dificuldade imposta quando se tratava de falar sobre emoções. Enquanto você me contava sobre sua história de vida e sobre o seu cotidiano, isso se repetia. Você sempre me dizia que acabava não falando quando estava aborrecida ou chateada com algo para não desagradar as pessoas. Também me contou que a primeira vez que você teve uma crise, assim nomeada por você, estava junto a sua mãe desabafando, o que mostrou o quanto o fato de você não expressar o que sente acaba por adoecer o seu corpo e, quando você tenta falar sobre esses sentimentos acumulados, o choro a acompanha e até mesmo a ansiedade, pois os vivencia então de maneira acentuada.

Quando aplicamos o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), observamos que o resultado que você obteve foi moderado, ou seja, você vivencia sentimentos de ansiedade de maneira

mediana, o que ajuda a pensar, junto com as informações relatadas acima, sobre a segunda questão norteadora da Avaliação Terapêutica: por que sinto ansiedade? Eu diria a você, Ana, que você sente ansiedade como todas as pessoas sentem, como também sentem tristeza, raiva, medo e todas as outras emoções existentes. A questão mais importante aqui é como você lida com emoções. Ao longo das sessões conversamos que é importante compreender que todas as emoções são necessárias, inclusive as tidas como negativas, e expressá-las é uma forma de lidar com elas.

Mesmo trabalhando ao longo das breves sessões interventivas sobre a necessidade de expressar e aceitar todas as emoções sentidas, percebo que é necessário dar continuidade a esse trabalho através de uma psicoterapia, pois há alguns anos que você vem deixando de expressar o que sente por medo de desagradar as pessoas ou de ser abandonada por elas. Isso, inclusive, faz parte da história da sua família. Como você disse, sua mãe sempre fez tudo pelo seu pai e mesmo assim ele a deixou. Portanto, as breves sessões que tivemos ajudaram a compreender, mas não foram suficientes para elaborar esse modo de lidar com as emoções que atravessou gerações. Desta maneira, sugiro que você siga realizando psicoterapia no Serviço-escola em questão, onde você já se encontra na fila de espera para ser atendida, se assim for do seu desejo.

Por fim, gostaria de agradecer novamente pela sua participação e dizer que você sempre se mostrou interessada ao longo da Avaliação Terapêutica, o que contribui muito para realização deste trabalho. Desejo a você felicidades e que continue trilhando esse caminho em busca de autoconhecimento e saúde.

Atenciosamente,

Miriam Chicalski, mestranda em Psicologia.

Ana se emocionou bastante com a leitura carta e não quis modificá-la, dizendo concordar com o conteúdo. Após a leitura da carta, como previsto pela presente pesquisa, a pesquisadora reaplicou o Inventário de Ansiedade Beck (versão informatizada) em Ana para avaliar qual era nível de ansiedade apresentado por ela após a Avaliação Terapêutica. Ana, que na primeira sessão possuía um grau de ansiedade moderado (escore 28), agora demonstrava ter uma baixa sintomatologia ansiosa (escore 13). Depois de discutir este resultado com Ana, a pesquisadora agradeceu novamente a sua participação e despediu-se.

## 4.2 CASO RENATA

### 4.2.1 Apresentação Do Caso Renata

Renata, 21 anos, procurou atendimento psicológico por sofrer com crises de ansiedade recorrentes. Nos momentos de crise, relata sentir falta de ar, aperto no peito e apresenta choro constante. Renata nunca procurou um médico devido às crises de ansiedade e nunca realizou exames para verificar outras possíveis causas para a sintomatologia vivenciada. No entanto, Renata disse ter procurado um médico em outro momento de sua vida devido aos choros constantes e sentimento de solidão. Na época fez uso de psicotrópico, mas atualmente não utiliza nenhum tipo de medicação.

#### 4.2.2 Sessão Inicial

A sessão inicial, que durou um encontro e meio, tinha como objetivo conhecer a paciente e a realidade que ela vivencia, bem como explorar a queixa que fez com que ela procurasse por atendimento psicológico. Além disso, a pesquisadora buscou construir junto com Renata questões que nortearam a Avaliação Terapêutica, condições propostas para aplicação do método da Avaliação Terapêutica (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016).

No primeiro contato presencial com Renata, a pesquisadora buscou se apresentar, falar brevemente sobre sua formação, apresentar a pesquisa de maneira detalhada e em seguida leu o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) junto à paciente. Após responder as dúvidas de Renata, a pesquisadora a convidou a participar da pesquisa, consolidando a decisão através da assinatura do TCLE.

Em seguida, a pesquisadora, por meio de entrevistas livres, buscou conhecer a paciente, sua rede apoio e explorar a queixa que fez com que Renata buscasse por atendimento psicológico. Renata tem 21 anos, é estudante de cursinho, trabalha informalmente como modelo, namora há 1 ano e mora com os pais. A busca por atendimento psicológico se deu pois Renata relatava sofrer recorrentemente com crises de ansiedade. Os sintomas relatados foram choro constante, dificuldade para respirar e aperto no peito, sendo que a primeira vez que vivenciou uma crise achou que poderia morrer. Renata ainda contou que ninguém presenciou uma crise de ansiedade dela, pois não gosta que as pessoas saibam o que ela sente, inclusive costuma não falar muito sobre suas emoções, pois sempre que faz o choro a acompanha. Atualmente Renata não faz uso de psicotrópico, mas anteriormente fez uso de medicação por apresentar choro constante e sentimento de solidão.

Renata relatou que acredita que as crises de ansiedade possuem relação com o fato dela se sentir muito pressionada para passar no vestibular. Contou que tentou vários vestibulares, mas não passou. No começo ela queria arquitetura, mas quando começou a fazer aula de desenho, achou não ser criativa o suficiente. Então optou por veterinária, decidiu ser auxiliar de um veterinário por um dia, porém se sentiu angustiada ao ver animais em sofrimento. Por fim, disse que gostaria de tentar Secretariado, pois gosta de organizar as coisas, disse ser boa nisso.

Após esta etapa, a pesquisadora solicitou que Renata, junto com o seu auxílio, construísse questões que norteariam a Avaliação Terapêutica. Renata não demonstrou ter dificuldades para elaborar as questões, mostrou ter uma visão congruente e curiosa em relação aos seus conflitos e sobre si mesma, resultando na formulação de quatro questões na primeira sessão, e mais uma na segunda sessão, somando cinco questões. A primeira, “Por que eu me importo tanto com a opinião dos outros?” (sic), foi feita por Renata após ela perceber o quanto ela se importava com o julgamento dos outros em relação a ela, sendo que a paciente relatou em sessão que não gostaria de retornar ao cursinho por temer que os outros a criticassem por não ter passado no vestibular mais uma vez. A segunda questão elaborada, “Por que eu me cobro tanto?” (sic), é decorrente do fato de Renata sentir que exige muito de si, principalmente frente aos estudos. A terceira questão, “Por que eu tenho crises de ansiedade?” (sic), se deu devido à queixa apresentada por Renata, crises de ansiedade recorrentes. A quarta questão, “Qual é a função do meu choro?” (sic), foi realizada porque Renata diz chorar com facilidade, principalmente quando tenta expor suas emoções. Na segunda sessão, Renata pediu para acrescentar uma quinta questão, sendo ela “Por que eu me sinto fraca?” (sic). A pesquisadora questionou se a fraqueza dizia respeito a uma falta de força física, cansaço ou incapacidade de realizar algo, e Renata disse que era tudo isso.

Foi possível observar no caso de Renata que a construção das questões norteadoras auxiliou a paciente desenvolver curiosidade em relação ao que foi trabalhado e contribuiu para tornar o processo colaborativo, como previsto (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016).

#### 4.2.3 Sessões De Aplicação De Testes Psicológicos

As sessões de aplicação de testes psicológicos de Renata foram compostas por um encontro e meio. Esta etapa visou a administração de instrumentos psicológicos que contribuíram para acessar dados importantes para melhor compreensão do caso. Além disso, os testes foram utilizados para estabelecer diálogo entre a pesquisadora e a paciente sobre temas relevantes e de mais difícil acesso, como previsto pelo método da AT (Finn, 2007/2017; Finn & Martin, 2013; Villemor-Amaral, 2016; Villemor-Amaral & Resende, 2018).

Os testes psicológicos aplicados em Renata, propostos pela presente pesquisa, foram três: o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), o Teste Expressivo dos Desenhos Coloridos (TCores) e o Teste de Apercepção Temática (TAT). Foram utilizadas duas sessões para administração dos instrumentos. Ainda cabe destacar que os dois primeiros testes se encontram na versão informatizada e o segundo na versão impressa.

Além disso, como relatado anteriormente, é importante salientar que a combinação de testes de autorrelato com projetivos, como realizado neste caso, possibilita o levantamento de dados mais abrangentes, que acessam informações inerentes ao sujeito de modos distintos, o que resulta numa melhor compreensão do funcionamento psíquico (Mihura, 2012; Villemor-Amaral, 2016).

A ordem da administração dos testes seguiu as recomendações feitas por Finn (2007/2017). Primeiro foi aplicado o BAI, pois ele se mostrou mais alinhado às questões norteadoras da Avaliação Terapêutica de Renata. Essa ação contribuiu para amenização da ansiedade em relação à avaliação psicológica, pois demonstra que o profissional coletou dados relevantes para a Avaliação Terapêutica (Finn, 2007/2017). Como o Tcores e TAT são testes projetivos, eles foram aplicados após a administração do BAI. Essa categoria de testes dá uma visão mais abrangente em relação ao funcionamento psíquico do sujeito, o que acaba dificultando a compreensão dos motivos da sua administração e por isso aconselha-se administrá-los neste segundo momento (Finn, 2007/2017).

O resultado do BAI, afirmou que Renata apresenta um alto nível de ansiedade (escore 34). Já o Tcores apresentou o seguinte resultado: Cores Pastéis: -0,13 (médio); Cores Vívidas: 1,33 (alto); Variabilidade: -0,89 (médio). Isso sugere que Renata possui um nível médio de empatia, de recursos psíquicos para lidar com situações estressoras e de flexibilidade criativa. Renata também possui uma alta tendência em buscar por atividades prazerosas e possui uma maior agitação emocional. Observa-se que o resultado BAI (alto nível de ansiedade), se mostrou consonante ao resultado do Tcores que afirma que Renata possui uma agitação emocional alta.

Em relação à administração do TAT, para o caso de Renata foram aplicadas nove pranchas, sendo elas: 1, 3RH, 5, 7MF, 11, 14, 16, 17MF, 18MF. As pranchas foram pensadas especialmente para Renata, com o objetivo de melhor compreender o seu funcionamento e as queixas apresentada por ela. Os motivos que levaram a seleção das pranchas, bem como as histórias narradas sobre elas, serão apresentados a seguir.

A prancha 01, *O menino e o violino*, é uma prancha introdutória e deve ser aplicada sempre que houver a administração do TAT. A história narrada por Renata em relação à presente prancha foi seguinte “João é um menino de 12 anos, ultimamente ele anda meio

abatido e frustrado com as suas aulas de violino por ter uma apresentação daqui 5 dias. Ele anda treinando, mas não consegue decorar as passagens da música. Sua professora o incentiva a treinar mais, ele então começa a dedicar mais tempo durante esses 5 dias até sua apresentação final. Ao chegar na sua apresentação não erra uma nota se quer e fica muito orgulhoso e feliz de si mesmo” (sic). Nesta narrativa apresentada por Renata, foi possível observar cinco temas relevantes: frustração, estudos, dedicação, avaliação e desfecho positivo.

A prancha 3RH, *Curvado/a sobre o divã*, foi selecionada para o caso de Rafaela devido ao episódio relatado em relação aos sentimentos recorrentes de tristeza e solidão, pois comumente essas emoções são evocada por esta prancha. A narrativa elaborada por Renata dizia “Carolina está fazendo autoescola há quase 6 meses, porém ela vem reprovando no seu teste de moto. Isso a deixa muito triste e ao pensar nisso começa a chorar porque ela sempre sonhou em tirar sua habilitação. Ela então decidiu pagar mais umas 5 aulas com o dinheiro que tinha guardado. Após as aulas, ao chegar no seu teste ela se sente com medo de reprovar de novo, pois pegou um certo trauma. Antes dela começar o percurso foi uma menina antes, onde acabou caindo da rampa, o que a deixou mais nervosa ainda. O avaliador falou para ela começar o percurso, após retirar a menina caída do chão. Suas pernas estavam tremendo e suas mãos também, mal conseguia apertar a embreagem. Ela fez todo o percurso tremendo e ao chegar na rampa ela quase se desequilibrou, mas ela respirou fundo e terminou o percurso. Ela achava que teria reprovado novamente por ter colocado outro pé no chão, mas ao sair sua instrutora chegou com a notícia da aprovação. Ela muito feliz com a conquista começou a chorar e foi mandando mensagem para os seus amigos” (sic). Neste momento Renata indicou que havia finalizado a história, então a pesquisadora informou que havia um objeto na imagem que ela não inserido na narrativa e que seria importante que ela o incluísse, então Renata continuou “(...) Ela sentou no chão, em um banco próximo e ao seu lado tinha uma arma caída” (sic). Renata quis finalizar a história neste momento, então a pesquisadora falou

que faltava um desfecho, e Renata acabou por incluir este fechamento “(...) Ela olhou para arma e a deixou de lado” (sic). Sete temas relevantes foram observados nesta narração de Renata, sendo eles: estudo, avaliação, tristeza, medo, nervosismo, dedicação, pensamento catastrófico e desfecho positivo.

A prancha 5, *Senhora na porta*, foi selecionada para o caso de Renata para compreender melhor a relação com a figura materna, considerando que em alguns momentos Renata relatou ter uma relação conturbada com a mãe, retratando como uma mulher exigente e, por vezes, rude. Renata narrou “Fernanda sempre chegava da escola, comia e ia para o seu quarto para assistir séries e mexer no seu celular. Ela queria ficar um pouco sozinha, mas sua mãe sempre abria a porta sem bater, o que a deixava muito irritada, e pedia para fazer algo ou perguntava o que estava fazendo. Às vezes até chamava para ir à sala assistir televisão, mas ela continuava ali no silêncio do seu quarto, pois queria ficar sozinha” (sic). A presente história apresentou 4 temas relevantes: estudos, conflito com a figura materna, irritabilidade e solidão.

A prancha 7MF, *A menina e a boneca*, assim como a anterior, foi selecionada para o caso de Renata para melhor compreender a relação estabelecida entre ela e a mãe. A história narrada foi essa “Após 2 meses do nascimento de sua filha e de muita discussão na família por causa da gravidez, Carol realmente estava percebendo a aceitação de sua mãe. Depois de muito tempo brigando com ela, as duas começaram a ter mais momentos juntas. Sua mãe contava histórias para a bebê dormir o que a surpreendeu e a deixou feliz por ter essa aproximação que uniu as duas.” (sic). Três temas se sobressaíram nesta narrativa: conflito com a figura materna, necessidade de aprovação da mãe e desfecho positivo.

A prancha 11, *Paisagem primitiva de pedra*, foi selecionada para o caso de Renata devido à queixa de ansiedade apresentada por ela, pois comumente essa prancha evoca questões relacionada à forma como sujeito enfrenta situações ansiogênicas e/ou perigosas.

Renata contou a seguinte história “Durante uma expedição, onde todos já estavam exaustos e cansados, com muita dor em cada articulação de seus corpos, José encontrou uma nova rota e mais rápida para chegar ao novo mundo, um lugar ainda desconhecido. Após um dia inteiro de caminhada, chegaram a uma ponte onde tinha uma leve queda d’água. Eles ali amarraram seus cavalos e foram se hidratar, porém surgiu um dragão, o que causou desespero em todos. Todos os 3 cavalos assustados se soltaram e saíram correndo deixando ele e seus 2 companheiros de viagem a pé e sem ter como fugir da fera.” (sic). Nesta história houve três temas que se destacaram: esforço, desespero e desfecho negativo.

A prancha 14, *Homem na janela*, foi selecionada para o caso de Renata para poder compreender melhor qual visão ela possui sobre si e/ou sobre o mundo, visto que essa prancha geralmente levanta questões relacionadas à autoquestionamentos, contemplação e aspirações. “Guilherme morava em apartamento no centro da cidade, todos os dias quando tinha um tempo parava para olhar o céu estrelado. Por morar sozinho se sentia abandonado e cansado por não ter uma companhia. Certa noite, após um dia estressante, como de costume parou em sua janela e foi olhar o céu, neste dia não havia estrelas, pois algumas nuvens a tampavam. Como nada estava dando certo em sua vida ultimamente e por se sentir sozinho, pensou no que aconteceria se pulasse da janela, ao pensar sobre isso até se viu caído lá no chão, porém quando ele olhou novamente para o céu, uma única estrela começou a brilhar, o que o fez tirar essa ideia da cabeça. Ele então decidiu ir dormir para que no próximo dia fosse diferente” (sic). A presente narrativa ressalta cinco temas: solidão, cansaço, estresse, pensamento suicida e desfecho positivo.

A prancha 16, *Em branco*, normalmente é aplicada ao longo da administração do TAT. A história narrada por Renata é esta “Gabriela estava sempre procurando algo para fazer, porém ela não sabia o que realmente queria. Quando começava alguns cursos, na maioria das vezes não gostava, mas terminava mesmo assim para ter algo que por no

currículo. Quando ela achava que tinha encontrado o curso certo, aquele que a faria encontrar o emprego, alguma coisa falava que não era aquilo e tinha que começar tudo de novo, como uma folha em branco. Ela se sentia muito desesperada, pois não encontrara um curso que a fizesse bem e que a possibilitaria um emprego” (sic). Cinco temas se destacaram nesta história: estudos, carreira, indecisão, desespero e desfecho negativo.

A prancha 17MF, *A ponte*, assim como 3RH, foi aplicada devido aos relatos que Renata apresentou em relação aos sentimentos de tristeza e solidão. Ela contou a seguinte história “Em um dia ensolarado Marcela fazia seu caminho de costume para ir ao mercado, nesse caminho ela sempre passava por uma ponte, mas dessa vez como estava com tempo decidiu parar para olhar o rio, ela então percebeu um senhor gritando e obrigando 3 homens a carregarem e trabalharem para ele. Ela desconfortável com a situação resolveu ir tirar satisfação com o senhor, falava que ele não tinha direito de falar assim com as pessoas e que iria denunciá-lo para polícia. O homem a insultou falando que não tinha medo de mulher. Ela então revoltada com a situação ligou para polícia e o denunciou. Ela ficou aguardando eles que acabaram o prendendo e libertando os trabalhadores”. Três temas se mostraram relevantes nesta narração: trabalho, conflito e desfecho positivo.

A prancha 18MF, *Mulher que estrangula*, foi selecionada para compreender como Renata se relaciona com outras mulheres, principalmente pelos conflitos relatados entre ela e a mãe. A história narrada foi “Josefina era casada e tinha 2 filhos. Já por volta dos seus 40 anos se notava um impulso agressivo nela, muitas vezes a pegavam gritando com a sua família. Após mais de 20 anos de casados, corria um boato que o marido a traía. Ela então foi atrás para saber dessa história. Depois de muito procurar saber sobre e de contratar um detetive acabou descobrindo que a sua melhor amiga era a amante de seu esposo. Ela furiosa e friamente não pensou duas vezes e foi a casa dessa tal amiga. Ao chegar lá, ela agiu normalmente até que a convidasse a entrar, assim que fechava a porta ela pulou no pescoço e

olhando friamente nos olhos perguntou por que e começou a enforcá-la até que não houvesse mais ar” (sic). Ao finalizar Renata falou que a história era pesada e riu, falou que parecia novela. Nesta narrativa observou-se quatro temas principais: agressividade, conflito, raiva e desfecho negativo.

Ao final, a pesquisadora apontou para Renata o quanto as narrativas elaboradas por ela abordavam temáticas relacionadas a estudos, provas e trabalho, assuntos que também eram recorrentes em sessão e geravam angústia em Renata. A paciente relatou que também havia percebido isso.

A partir do conteúdo presente nas narrativas de Renata, a pesquisadora organizou sete categorias de análise, sendo elas: Estudos e carreira profissional (Categoria 1); Mal-estar (Categoria 2); Dedicção (Categoria 3); Conflito (Categoria 4); Solidão (Categoria 5); Desfecho Negativo (Categoria 6); Desfecho Positivo (Categoria 7).

A Categoria 1, intitulada *Estudos e carreira profissional*, se deu devido ao conteúdo referente a estudo e trabalho presentes nas narrativas de cinco pranchas, sendo elas as seguintes: 01, 3RH, 5, 16, 17MF. A presença deste conteúdo de maneira frequente nas narrativas de Renata reforçou o que a paciente já vinha trazendo ao longo das sessões, o quanto os estudos e seu futuro profissional a preocupam. É importante ressaltar que ao longo das sessões foi possível analisar que Renata apresenta pensamentos ruminantes em relação a esta temática, os quais são responsáveis pelo desencadeamento das crises de ansiedade. Além disso, vale salientar que essa categoria se encontra vinculada às categorias 2 e 3, que serão desenvolvidas a diante.

A Categoria 2, nomeada como *Mal-estar*, foi estabelecida devido à presença sentimentos como frustração, medo, nervosismos, irritabilidade, desespero, estresse e raiva em seis narrativas das seguintes pranchas: 01, 3RH, 5, 11, 14, 18MF. Observou-se que a Categoria 1 mostrou-se vinculada à Categoria 2, visto que três narrativas (pranchas 01, 3RH,

5) continham conteúdos referente a *estudos e carreira profissional e mal-estar*, o que sugere, mais um vez, que a preocupação com os estudos e o futuro profissional vem gerando sofrimentos psíquicos em Renata, mais precisamente crises de ansiedade, como relatado pela paciente ao longo dos atendimentos psicológicos. Esta categoria também apareceu atrelada à Categoria 3, como poderá ser visto em seguida.

A Categoria 3, *Dedicação*, foi elaborada devido a três histórias que envolviam o tema esforço (pranchas 01, 3RH, 11). Esta categoria apresentou vinculação com duas outras categorias *Estudos e carreira profissional* (Categoria 1, pranchas 01 e 3RH) e *Mal-estar* (Categoria 2, pranchas 01, 3RH e 11). A vinculação com a Categoria 1 sugere que Renata dedica-se nos estudos e para ter a carreira profissional que almeja, no entanto, a vinculação com a Categoria 2 (*Mal-estar*) aponta que apesar de Renata ser dedicada, ela vem vivenciando diversas frustrações frente aos estudos que acabam gerando mal-estar. A história narrada sobre a prancha 11, que envolve a temática dedicação, mostrou-se significativa para compreender como Renata lida com situações que lhe causam ansiedade, visto que essa prancha comumente evoca histórias com esse conteúdo. Nela Renata fabula sobre uma expedição, em que um grupo de homens, cansados de tanto caminhar, param em uma cachoeira para descansar e então se deparam com um dragão, do qual não conseguem se salvar. É possível interpretar que Renata metaforizou, mesmo que de maneira inconsciente, sobre seus esforços para passar no vestibular, dizendo que nos momentos que sente necessidade de descansar, sofre com crises de ansiedade. Esta interpretação foi confirmada ao longo dos atendimentos, quando Renata relatou se sentir culpada e ansiosa quando tenta descansar. A partir disso é possível observar que Renata apresenta um superego rígido que a pune com crises de ansiedade sempre que a paciente cede a algum impulso libidinal, como permitir-se descansar. Freud (1926/2014) destacou que nos casos de Neurose Obsessiva, o sujeito apresenta um superego muito desenvolvido e rígido, que exige de maneira mais severa

que os impulsos provindos do Id sejam recalçados. Esse conflito existente entre ideais superegóicos e impulsos libidinais acaba gerando o que Freud intitulou como Ansiedade de Castração, a qual é responsável pelo acionamento do mecanismo de recalque, que resulta no sintoma obsessivo. No caso de Renata é possível observar que o pensamento ruminante é o principal sintoma obsessivo apresentado pela paciente, o qual também está vinculado com as crises de ansiedade. Essa forma de funcionamento psíquico também está presente na próxima categoria que aborda a temática *Conflito*.

A Categoria 4, *Conflito*, resultou da narrativa de quatro pranchas (5, 7MF, 17MF, 18MF) que continham conflitos entre mãe e filha, com família, com mulheres e com desconhecidos. A história fabulada sobre a prancha 17MF, *A ponte*, mostrou-se significativa para compreender melhor o funcionamento psíquico de Renata. A narrativa elaborada em relação a esta prancha conta a história de Marcela que ao passar por uma ponte avista um homem obrigando três pessoas a trabalharem para ele. Indignada com a situação Marcela tira satisfação com o homem e liga para polícia, denunciando-o. A história termina com a polícia prendendo o homem e libertando as pessoas que estavam sendo obrigadas a trabalhar. A partir desta história é possível interpretar que Renata vem vivendo conflitos intrapsíquicos onde Marcela, personagem da história narrada por ela, representa impulsos libidinais que entram em atrito com exigências provindas do superego, simbolizada pelo homem que obriga as pessoas trabalharem para ele. A aplicação do TAT, assim como os relatos trazidos pela paciente ao longo das sessões, possibilitou observar que Renata vem vivenciando fortes conflitos intrapsíquicos que em muitos momentos acaba sendo externalizado por ela e gerando conflito com outras pessoas, principalmente com a sua mãe que apresenta exigências com o mesmo conteúdo e rigidez que a instância superegóica de Renata.

A Categoria 5, *Solidão*, foi construída devido a duas narrativas (pranchas 5, 14) que abordavam temas como desejo de ficar sozinha e sentimento de solidão, para além disso

Renata já havia relatado sobre esta temática em algumas sessões, o que reafirmou a necessidade desta categoria de análise. Enquanto a prancha 5 conta sobre uma garota que possui uma mãe que demanda muito dela e a faz desejar passar mais tempo sozinha em seu quarto, a prancha 14 narra a história de um menino que se sente solitário e passa a apresentar ideias suicidas, que só se dissipam quando ele encontra companhia: uma estrela brilhando sozinha no céu. A partir destas narrativas, e de relatos trazidos pela paciente, é possível observar que Renata apresenta sentimentos conflitantes: ao mesmo tempo que ela se queixa de solidão, também sente necessidade de ficar sozinha, se isola no quarto e não permite que ninguém presencie suas crises de ansiedade. Deste modo, é possível hipotetizar que o desejo de ficar sozinha, o sentimento de solidão, assim como a dificuldade de pedir suporte ao outro frente a crises de ansiedade, sejam decorrentes da relação que Renata estabeleceu com a mãe, sua principal cuidadora na primeira infância. Uma mãe que cuida, mas que também é altamente demandante, o que gera conflito para Renata, fazendo com que ela apresente dificuldade em solicitar suporte em momentos mais críticos, gerando assim desamparo e solidão. Como visto anteriormente, Winnicott (1979/2007a) afirma que a ansiedade de aniquilação pode ser vivenciada sempre que o sujeito se sentir desamparado. As situações de desamparo remetem às primeiras vivências do recém-nascido, o qual ainda depende dos cuidadores e possui um psiquismo muito primitivo para compreender qualquer falha de suporte, que geram nele a sensação de aniquilamento. Observa-se que apesar de Renata ter dificuldade em solicitar apoio em momentos mais críticos, a paciente não vem mais vivenciando sentimento de solidão e remete isso ao fato de estar namorando no momento. A partir disso, e de outros relatos em que Renata apresenta o namorado como alguém que a apoia e a impulsiona na vida, apontam que ele possibilita que Renata vivencie um suporte suficientemente bom que aplaca o sentimento de solidão e que pode contribuir para conter as crises de ansiedade.

Apesar de grande parte das narrativas possuírem um desfecho positivo, três pranchas (11, 16, 18MF) continham um desfecho negativo, o que gerou a necessidade desta categoria de análise, a Categoria 6, intitulada como *Desfecho negativo*. Este conteúdo aponta para algo que já havia aparecido ao longo dos atendimentos e até mesmo das narrativas, o fato de Renata apresentar uma visão pessimista em alguns momentos. Por sua vez, a Categoria 7, *Desfecho positivo*, se deu, pois, foi possível observar cinco narrativas que continham um final positivo (pranchas 01, 3RH, 7MF, 14, 17MF). O fato da maioria das histórias de Renata possuírem um desfecho positivo demonstra um bom prognóstico, pois observa-se que Renata consegue encontrar soluções pra situações difíceis. Mas cabe salientar que dessas cinco histórias, três desfechos positivos ocorreram por ações realizadas pelo personagem, enquanto duas tiveram um final bom devido a acontecimentos aleatórios, questão esta que foi apontada ao longo das sessões interventivas.

#### 4.2.4 Sessões Interventivas

Foram realizadas três sessões interventivas junto a Renata, duas presenciais e uma online, devido à entrada do Brasil em estado de quarentena pela pandemia de Covid-19. Cabe destacar que as intervenções tiveram como base diversas técnicas como associação livre, interpretação, retomada de narrativas do TAT que mostraram-se significativas para o caso, e, por fim, revisita as questões elaboradas ao início com o objetivo de avaliar se Renata conseguia respondê-las de maneira independente a partir do que foi trabalhado na Avaliação Terapêutica até aquele momento.

Em uma das sessões Renata falou que quase teve uma crise de ansiedade no trabalho, mas se segurou, pois não queria que as pessoas percebessem. A pesquisadora questionou se Renata sabia o que havia deixado ansiosa e ela disse que estava pensando sobre o seu futuro

e, quando percebeu, estava com dificuldade para respirar e quase chorando, então tentou afastar os pensamentos. Neste momento a pesquisadora buscou pensar com Renata técnicas para ajudá-la a lidar com os momentos de crise, primeiramente auxiliando ela reconhecer quais pensamentos e situações acabam por desencadear ansiedade, para que Renata possa buscar trabalhar tais questões em psicoterapia, como também ajudando Renata encontrar modos de se acalmar. A partir disso Renata disse que tomar banho a acalma. A pesquisadora disse que Renata poderia recorrer ao banho em momentos de crise, como uma ajuda mais pontual, e que existiam inúmeras outras maneiras de conter uma crise, mas que era necessário que Renata encontrasse algo funcionava para ela, então citou alguns exemplos como: controle de respiração, mudar de foco, conversar com alguém próximo em relação ao que está angustiando, etc.

Após esse momento a pesquisadora buscou compreender melhor o fato de Renata não gostar que as pessoas, nem mesmo as próximas, presenciem as crises de ansiedade, questionando se a família dela sabia que ela estava passando por um atendimento psicológico. Renata respondeu que sim e contou que a mãe dizia que ela não precisava de terapia. A pesquisadora pontuou: “Talvez por ela nunca ter visto você passando por uma crise de ansiedade, não é? Você disse que passa por elas sozinhas”. Renata concordou. Então a pesquisadora retomou uma das histórias contadas durante a aplicação do TAT, a da prancha 14, *Homem na janela*, que falava sobre solidão e disse que parecia que Renata não permitia que as pessoas soubessem dos seus momentos de vulnerabilidade, não permitindo assim que elas a ajudassem, dessem apoio, o que fazia com que ela se sentisse solidão. A pesquisadora também pontuou que maioria das histórias de Renata eram tristes, mas tinham um desfecho feliz, assim como essa, onde o sentimento de solidão passava quando o menino olhava para o céu escuro e via uma estrela. Então a pesquisadora questionou quem era a estrela na vida de Renata. Renata se emocionou e disse que era o namorado e que desde que o conheceu não se

sentiu mais sozinha. A pesquisadora disse que percebia que o namorado era alguém em quem Renata confiava e ela podia recorrer a ele nos momentos difíceis, pois ninguém precisa dar conto de tudo sozinha.

Outras histórias narradas foram retomadas com Renata. Quando a pesquisadora releu história da prancha 1 e da 3RH Renata disse que essas histórias remetiam ao vestibular, ela espera ter um bom desempenho, mas agora ela está frustrada por não conseguir alcançar isso. Também acrescentou que sente medo de reprovar, pois já vivenciou isso diversas vezes.

Em relação à história da prancha 5, Renata falou que aquela situação a lembrava de quando ela começou a ficar mal. Segundo ela, naquele momento seu único desejo era ficar sozinha e por isso acabava se isolando no quarto, então sua mãe percebeu e levou Renata ao posto de saúde. Considerando esta fala, a pesquisadora pontuou que parecia que a mãe de Renata se importava com ela. A paciente emocionada falou que sim, pois levou ela até o posto de saúde, mas a entristecia ver como a mãe lidava com aquilo. Segundo ela, a mãe dizia que Renata precisava ocupar a cabeça, o que fez com que ela se sentisse julgada, pois diz ser bem sistemática, planeja tudo com antecedência e sempre está fazendo coisas. Sobre a prancha 7MF, Renata só falou que a história dizia sobre o desejo dela de ter uma aproximação maior com a mãe.

Sobre à história da prancha 16, Renta logo exclamou “essa é a minha história!”. Ela continuou falando sobre sua dificuldade de escolher um curso, que ela já havia prestado vários vestibulares para diversos cursos, mas ela nunca teve certeza sobre qual seria o curso mais adequado. A pesquisadora disse que também achava que aquela história dizia muito sobre ela e que havia pensado em encaminhá-la para uma orientação profissional na mesma instituição em que ela passa pela Avaliação Terapêutica, e perguntou se ela sabia o que era uma Orientação Profissional. Renata respondeu “mais ou menos”. Então a pesquisadora explicou que a orientação profissional tinha como objetivo auxiliar Renata a encontrar um curso que

tenha mais a ver com o perfil e desejo dela, que seria um espaço para ela pensar sobre as áreas que ela tem mais afinidade e facilidade; sobre contexto social que ela está inserida, se é possível para ela cursar um curso integral devido a questões econômicas; tirar dúvidas sobre a função que será desempenhada em cada profissão; etc. Então perguntou se Rafaela tinha interesse. Ela disse que sim.

Por fim, a pesquisadora pontuou que todas essas histórias iniciavam falando sobre medos e frustrações e então finalizavam bem, então questionou se ela vinha vivenciando coisas parecidas. Renata disse que sim, que estava entregando currículo para encontrar um trabalho e conseguiu um como modelo. Então a pesquisadora afirmou que percebia que Renata era muito esforçada e que isso devia ser valorizado por ela. No entanto, a pesquisadora destacou que, nas histórias narradas por ela, os desfechos felizes ocorriam por uma forma de conspiração do universo. Renata riu e falou que gosta muito de filmes fantasiosos e de romance. A pesquisadora falou que era importante ter discernimento para compreender que, para as coisas darem certo, da forma como ela deseja, é necessário se responsabilizar por elas e ter ações que possibilitem que elas aconteçam.

Na última sessão interventiva, que ocorreu online, a pesquisadora buscou retomar as questões que nortearam a Avaliação Terapêutica para verificar qual era o nível de consciência de Renata em relação aos conteúdos trabalhados até o momento.

A primeira questão trabalhada foi “Por que eu me importo tanto com a opinião dos outros?” (sic), em resposta a ela, Renata falou que percebe estar desnorteada e por isso a opinião dos outros conta tanto, principalmente a de sua mãe. Em seguida trabalhamos a questão “Por que me cobro tanto?” (sic), Renata disse não saber porque exigia tanto de si mesma. Então a pesquisadora pontuou sucintamente que Renata sempre contava que a mãe era muito exigente com ela, que dizia que ela precisava trabalhar, estudar, passar no vestibular, ou seja, as mesmas coisas que Renata exige de si mesma. Em resposta Renata riu.

Em relação a terceira questão “Por que tenho crises de ansiedade?” (sic), Renata respondeu que acredita que as crises de ansiedade possuem relação com os pensamentos que ela tem sobre seu futuro profissional e sobre o fato dela ainda não ter passado no vestibular. A pesquisadora pontuou que esses pensamentos soavam como cobranças. Renata concordou. Frente a isso, a pesquisadora disse que era importante que Renata fosse mais gentil consigo mesma, passasse a reconhecer mais suas conquistas, e cobrasse menos de si. Na quarta questão “Qual é a função do meu choro?” (sic), Renata apenas disse que o choro normalmente surgia quando ele falava sobre sentimentos que guardava, como se eles estivessem acumulados ali. Então, abordou-se a última questão formulada “Por que me sinto fraca?” (sic), Renata disse que acha que isso se dá por ter se esforçado muito e não ter alcançado seus objetivos. A pesquisadora questionou se Renata estava dizendo a ela que se sentia frustrada. Renata respondeu que sim. Por fim, a pesquisadora falou para Renata que todas as questões pareciam estar interligadas e que muito das respostas dela diziam respeito a assuntos trabalhados em sessão. Renata concordou.

A pesquisadora finalizou a sessão dizendo que não haveria atendimento na próxima semana, pois ela utilizaria este tempo para analisar os resultados alcançados até o momento, e que na semana seguinte, seria ultimo atendimento, o qual ela apresentaria os resultados para Renata.

#### 4.2.5 Sessão Final

A sessão final, realizada em um encontro, uniu duas etapas: a discussão dos resultados e o acompanhamento. Apesar de Finn (2007/2017) aconselhar que o acompanhamento seja realizado entre três e seis meses após a finalização da Avaliação Terapêutica, devido a

limitação de tempo, bem como a entrada do Brasil em quarentena devido a pandemia de Covid-19, houve apenas 15 dias de intervalo desde a última sessão interventiva. Importante destacar que última sessão, assim como a anterior, se deu de modo online, por meio de vídeo-chamada.

A pesquisadora iniciou a última sessão, perguntando como Renata estava, principalmente em relação à pandemia e à quarentena. Renata falou que estava bem, mas relatou que teve uma crise de ansiedade na última semana. Disse que a crise ocorreu por medo de perder seus pais, mas também falou que foi uma crise isolada e que vem se sentindo bem, pois suas crises de ansiedade diminuíram significativamente.

Nesta última sessão, a pesquisadora buscou apresentar os resultados obtidos para Renata por meio de uma carta, a qual estava semi redigida. Deste modo, Renata foi convidada a finalizar junto a pesquisadora. Esta estratégia foi utilizada porque a pesquisadora observou, por meio dos dados levantados pela aplicação dos testes psicológicos e das sessões interventivas, que Renata possuía uma capacidade de *insight* elevada. Além disso, tal estratégia possibilitou que a Avaliação Terapêutica se desse de maneira mais colaborativa, possibilitado que Renata alcançasse uma percepção mais aprofundada da sua condição e efeitos psicoterapêuticos mais significativos. O resultado da carta escrita conjuntamente foi esse:

02 de abril de 2020

Querida Renata,

Escrevo esta carta com o objetivo de conversar com você os resultados alcançados ao longo da Avaliação Terapêutica. Para isso, irei responder as questões que construímos juntas nos primeiros atendimentos e que nortearam este trabalho. Mas, antes disso, eu gostaria de

agradecer por você ter aceito participar da minha pesquisa do mestrado em Psicologia e dizer que você foi importante para minha formação. Obrigada!

As questões norteadoras foram: Por que eu me importo tanto com a opinião dos outros? Por que eu me cobro tanto? Por que eu tenho crises de ansiedade? Qual é a função do meu choro? Por que eu me sinto fraca? Na última sessão, abordamos especificamente todas estas questões e você mostrou que tem capacidade de compreender tudo que trabalhamos ao longo da Avaliação Terapêutica e, ainda, que possui uma boa visão sobre si, sobre seu funcionamento e sobre seus sentimentos. Deste modo, gostaria que você me ajudasse a construir esta carta, me dizendo, a partir da sua percepção e do o que funciona melhor para você, o que te ajudaria a lidar melhor com estas questões, para que tais contribuições possam ser incluídas aqui.

Em relação à primeira questão “Por que eu me importo tanto com a opinião dos outros?”, você me disse que acredita que isso ocorre porque você se sente desorientada neste momento, pois ainda não conseguiu escolher qual profissão deseja seguir. Acredito que isso possa influenciar, com certeza, pois quando não sabemos o que desejamos, outras pessoas podem acabar indicando o caminho que elas acham que seria melhor para elas, mesmo que isso não caiba para você. Por isso, acredito que um dos encaminhamentos que poderiam resultar desta Avaliação Terapêutica seria para Orientação Profissional, pois esse processo poderia auxiliar você a encontrar a profissão que realmente deseja seguir, podendo fazer com que você sinta uma maior autonomia para tomar suas decisões. Porém, em alguns momentos, ouvi relatos sobre o medo do julgamento que outras pessoas poderiam ter em relação a você, como quando você me disse que não gostaria de voltar para o cursinho, pois não gostaria que os outros falassem que você está lá novamente e que você ainda não havia passado no vestibular. Talvez isso nem passe pela cabeça das pessoas, pois me parece que esta é uma preocupação que você carrega, já que sempre se cobra muito em relação aos estudos e seu

futuro profissional. Pudemos observar essa questão também no Teste de Apercepção Temática (TAT), onde grande parte das histórias que você contou referiam-se a estes temas.

Antes de eu responder à segunda questão, eu gostaria de lhe dizer que a família é o primeiro grupo que somos inseridos em nossas vidas e lá nos ensinam a andar, falar, brincar e até mesmo exigir. Quando você coloca como questão por que você cobra tanto de você mesma, eu diria que é porque você aprendeu a exigir muito de si quando viu sua mãe fazendo isso com você, tanto que muitas cobranças que a sua mãe realiza também dizem respeito aos seus estudos e seu futuro profissional. Eu diria a você, Renata, que suas autoexigências são tão fortes quanto as cobranças de sua mãe e tenho certeza que elas te machucam da mesma forma. Por isso, eu diria pra você tentar ser mais gentil consigo mesma, assim como você diz desejar que a sua mãe o seja, e que comemore até mesmo as pequenas conquistas. Talvez se permitir realizar atividades que você gosta e não apenas aquilo que você enfrenta como obrigações, possibilite que você se cobre menos.

Re, o resultado inicial do Inventário de Ansiedade Beck (BAI) demonstrou que o seu nível de ansiedade era alto e que você apresentou muitos sintomas decorrentes desta emoção, o que me faz pensar sobre a importância desta terceira questão. Eu lembro que em uma sessão você me contou que quase teve uma crise de ansiedade por estar pensando em seus estudos e no seu futuro profissional, ou seja, no mesmo conteúdo de suas autoexigências. Quando eu digo que as cobranças que você realiza consigo te machucam muito, é sobre isso que eu estou falando: elas vêm em formato de pensamentos repetitivos e disparam suas crises de ansiedade e então você sofre sozinha. É como se essa fosse uma punição que você dá a si mesma. Você me contou que quando você tem uma crise ansiedade tomar banho é algo que ajuda a relaxar e até mesmo sair desta crise e para diminuir a frequência que você passa por isso seria importante que você compreende-se que cada um tem seu tempo possibilitando assim que você lide melhor com as suas exigências.

A quarta questão “Qual é a função do meu choro?” foi construída porque você dizia chorar com facilidade e não gostava disso. Bem, me parece que você tem passado por momentos difíceis, principalmente ao longo das crises de ansiedade. Inclusive, você me contou que o choro faz parte das crises. Quando há sofrimento, é normal ter choro, quando há tristeza também. Essa reação pode aparecer em demasia quando não conseguimos lidar com o que causou essa tristeza. É claro que ninguém gosta de sofrer e de se sentir triste, mas é importante compreender que todas as emoções fazem parte de nós e possuem uma função. Se as suas crises não lhe causassem sofrimento, você teria procurado ajuda? Talvez seu choro seja o modo que o seu corpo encontrou de contar aos outros que você está em sofrimento e pedir a ajuda deles. Não precisamos dar conta de tudo sozinhos. Ter quem nos acolha nos momentos difíceis e de crise faz com que nos sintamos mais seguros e fortes. Em diversos relatos você trouxe o seu namorado como sendo alguém que te apoia e impulsiona a seguir o que você deseja, mostrando que isso é possível.

Por fim, você gostaria de saber por que se sente fraca. Quando questionei o que era ser fraca, você me disse que era um misto entre se sentir cansada, incapaz de realizar algo e sem força física. Eu entendo seu cansaço quando você opta por sofrer sozinha e passar pelas crises de ansiedade sozinha, eu também faço isso. Eu nunca te contei, mas também tenho crises de ansiedade e escolhi pesquisar este tema para poder ajudar pessoas que sofrem com ansiedade, pois sei o quanto ela pode causar sofrimento. Quando as pessoas se exigem bastante, não gostam que os outros percebam que estão mal e gastam muita energia tentando demonstrar que sempre estão bem, percebo que isso também acontece com você. Escolhi compartilhar isso porque estou aprendendo que sofrimento tem uma função, que precisamos dos outros e porque espero estar ajudando você. Quando estamos cansados, nos sentimos sem força e não nos sobra muita energia para realizar nossos objetivos, por isso é importante que nos permitamos descansar e até mesmo se sentir triste, quando esta emoção vier à tona.

Considerando isso, Re, gostaria de me despedir, agradecer novamente pela sua participação e dizer que você sempre se mostrou muito interessada em compreender o que se passava com você, o que facilitou muito meu trabalho.

Obrigada novamente.

Atenciosamente,

Miriam Chicalski, mestranda em Psicologia.

Após a leitura e edição da carta, o que emocionou bastante Renata, a pesquisadora reaplicou o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), para avaliar qual era o nível de ansiedade apresentado por Renata após passar pela Avaliação Terapêutica. Renata, que na primeira aplicação do BAI apresentou um nível elevado de ansiedade (score 34), nesta última testagem apresentou um grau moderado de ansiedade (score 26). A pesquisadora apresentou este dado para Renata, e falou sobre o quão significativo foi esse resultado. Então agradeceu mais uma vez pela participação de Renata e se despediu.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Transtornos de Ansiedade vêm se apresentando como um sofrimento psíquico recorrente, principalmente no Brasil, que é o país que mais apresenta casos destas psicopatologias (OMS, 2018). Sendo assim, se faz necessário encontrar formas de avaliar os modos de ansiedade vivenciadas pelos sujeitos e ainda ofertar tratamentos que ajudem a aplacar esse sofrimento psíquico. Frente a essa demanda, a Avaliação Terapêutica surgiu como uma possibilidade pois visa integrar ações avaliativas e interventivas.

Deste modo, responde o objetivo geral desta pesquisa estudar o processo da Avaliação Terapêutica (AT) frente à queixa de ansiedade. Pode-se observar, por meio de dois estudos de caso, que a AT possibilitou avaliar os modos de ansiedade apresentados pelas pacientes, o que influenciou significativamente na forma como as sessões interventivas foram conduzidas para cada caso e nos encaminhamentos realizados, tornando-os mais alinhados às necessidades individuais de cada paciente. As estratégias utilizadas para tornar o processo da AT colaborativo auxiliaram a pesquisadora na aplicação do método e possibilitaram que as pacientes desenvolvessem um maior autoconhecimento. Além disso, houve a amenização da sintomatologia ansiosa em ambos os casos.

As Avaliações Terapêuticas dos dois casos apresentaram a estruturação proposta por Finn (2007/2017). O fato da AT não ser rígida em relação ao que propõe em suas etapas possibilitou que a pesquisadora avaliasse as necessidades de cada paciente e ofertasse métodos de avaliação psicológica e intervenções psicoterápicas que consideraram as singularidades apresentadas pelas pacientes. A aplicação da AT possibilitou observar que Ana e Renata apresentaram formas distintas de ansiedade. Enquanto a primeira apresentou sintomas mais alinhados a uma Neurose de Angústia, a segunda aparentou sofrer com uma Ansiedade de Castração junto a uma sintomatologia obsessiva. O reconhecimento dos modos

de ansiedade, bem como conhecimento prévio de características de personalidade e de funcionamento psíquico de cada uma delas, possibilitou que a pesquisadora planejasse intervenções mais alinhadas às necessidades, individualidades e limitações das pacientes.

O segundo objetivo específico – avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade Beck (BAI) – possibilitou constatar que houve a amenização dos sintomas de ansiedade em ambos os casos. Ana, na primeira administração do BAI, apresentou um nível de ansiedade moderado (escore 28), ao final da aplicação da AT, por meio da reaplicação do mesmo teste, obteve a redução de 15 escores de sintomatologia ansiosa, o que fez com que o nível de ansiedade passasse de moderado para leve (escore 13). Renata, por sua vez, na primeira aplicação do BAI apresentou um nível elevado de ansiedade (escore 34), após ter passado pela Avaliação Terapêutica, na segunda administração do mesmo instrumento psicológico, obteve a redução de 8 escores de sintomatologia ansiosa, o que resultou na diminuição do nível de ansiedade elevado para moderado (escore 26). Cabe destacar que a entrada do Brasil em estado de pandemia decorrente da COVID-19 pode ter interferido no resultado da última aplicação do BAI em Renata, pois a paciente relatou ter vivenciado uma crise ansiedade devido a esta questão na semana anterior a testagem.

É importante destacar que o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) é um teste de autorrelato, ou seja, os dados levantados se dão por meio da percepção que o sujeito possui sobre si. No entanto, sabe-se que muitas vezes algumas pessoas possuem uma autopercepção que não corresponde aos comportamentos que elas apresentam em seu cotidiano, o que aponta para a necessidade de uma avaliação psicológica pautada em multi-métodos (Mihura, 2012). Considerando isso, a presente pesquisa, além de fazer uso de entrevistas e observações livres, também buscou combinar diferentes categorias de testes. A combinação de testes de autorrelato com projetivos, como realizado nesta pesquisa, possibilitam acessar informações inerentes as pacientes de modos distintos, o que resulta numa melhor compreensão de seus

funcionamentos psíquicos (Mihura, 2012; Villemor-Amaral, 2016). Não obstante, as comparações dos resultados do BAI (teste de autorrelato) com os resultados do TCores (teste projetivo) contribuíram para constatar que ambas as pacientes possuíam uma autopercepção congruente da sua condição frente aos sintomas ansiosos.

A construção das questões norteadoras de maneira conjunta entre pesquisadora e paciente, bem como a edição da carta com a apresentação dos resultados, foram estratégias aplicadas com o intuito de tornar o processo da AT mais colaborativo. No entanto, observou-se que tais estratégias não tiveram o mesmo impacto em ambos os casos. O processo da AT de Renata foi muito mais colaborativo que o de Ana, devido a limitações apresentadas pela segunda. Isso demonstra que, apesar dos esforços do profissional para tornar esse método de avaliação psicológica colaborativo, esse resultado só pode ser alcançado conjuntamente.

Cabe salientar que o fato da AT ser um procedimento breve impossibilita falar sobre uma cura em relação às crises de ansiedade apresentadas pelas pacientes. Para isso, é necessário que ambas sigam em psicoterapia, da forma como foram encaminhadas, para que possam elaborar questões relacionadas a esta experiência afetiva, inclusive as que já foram levantadas pela AT, mas que não puderam ser trabalhadas de maneira aprofundada devido ao tempo. Além disso, é importante considerar que, apesar de a AT unir ações diagnósticas e interventivas, ainda é um modelo de Avaliação Psicológica, que tem objetivos e condições distintas de uma psicoterapia.

Por fim, se faz pertinente refletir em relação a entrada do Brasil em quarentena devido ao vírus da Covid-19 que ocorreu ao longo da aplicação da AT de ambos os casos, fazendo com que os atendimentos precisassem ser finalizados de maneira remota, por meio de vídeo-chamadas. Apesar da Renata ter sido a única paciente a verbalizar sobre um sofrimento psíquico que resultou em crises de ansiedade decorrente do contexto pandêmico que se instaurou no momento em que estava sendo realizado a aplicação da AT, pressupõem-se que

ambas pacientes podem ter vivenciado uma elevação da sintomatologia ansiosa. Ana, não falou sobre um aumento de ansiedade devido a pandemia, mas disse se preocupar com tudo o que essa situação poderia acarretar, além do mais Ana possui um marido que apresenta insuficiência renal e que passou a fazer parte da população que apresentava maior risco frente ao vírus Covid-19. Outra questão importante de ser analisada é fato da pandemia ter exigido que os atendimentos passassem a ser online, observa-se que a etapa de aplicação de testes teria sido prejudicada se não tivesse sido realizada ao longo dos atendimentos presenciais, pois apesar de dois testes serem informatizados, um deles, o TAT, encontrava-se em versão impressa. A sessão de acompanhamento não sofreu prejuízos maiores, pois o BAI, teste previsto para essa etapa, já possuía uma versão informatizada. Além disso, os atendimentos online limitaram a observação da psicóloga pesquisadora, visto que as vídeo-chamadas não possibilitavam que a profissional tivesse uma visão ampla das pacientes, principalmente em relação as comunicações corporais que se fazem tão presentes nos casos de queixa de ansiedade.

**REFERÊNCIAS**

- Akemi Karino, C. & Laros, J. A. (2014) Ansiedade em situações de prova: evidências de validade de duas escalas. *Psico-USF*, 19(1), 23-36.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4010/401041441004.pdf>
- American Psychiatri Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V* (Maria Inês Corrêa Nascimento). Artmed.
- Aschieri, F. & Smith, J. D. (2012). The effectiveness of therapeutic assessment with an adult client: a single-case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.627964>
- Baptista, M. N. & Carneiro, A. M. (2011). Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 345-352. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300006>
- Barbieri (2010a). Psicodiagnóstico tradicional e interventivo: confronto de paradigmas?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 505-513. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300013>.
- Barbieri (2010b). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59 (131), 209-222. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v59n131/v59n131a07.pdf>
- Borges, C. D., Forteski, R. G., Zimmermann, C. F. C., & Tomaselli, E. C. (2018). Caracterização de queixas e perfil de usuários atendidos em um serviço-escola de psicologia. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 6(2), 185-219. <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/RSAP/article/view/1840/1699>.
- Campos, R. C. (2012). *Textos sobre psicopatologia e diagnóstico psicodinâmico*. Climepsi.
- Campos, R. C. (2013). Além dos números há uma pessoa: sobre a utilização clínica de testes. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 291-298. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000300003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300003&lng=pt&tlng=pt).
- Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução 09/2018*. <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-CFP-n-09-2018-com-anexo.pdf>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Fernandes, L. F. B., Silveiras, E. F. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2017). Caracterização da população atendida em ambulatório de Psicologia da Saúde de um hospital-escola. *Contextos Clínicos*, 10(2), 145-156. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.102.01>
- Finn, S. E. (2017). *Pela perspectiva do cliente: teoria e técnica da avaliação terapêutica* (Bartalotti, C.C.). Hogrefe. (Obra original publicada em 2007).

- Finn, S. E. & Martin, H. (2013). Therapeutic Assessment: Using psychological testing as brief therapy. *Handbook of Testing and Assessment in Psychology* (pp.453-465). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14048-026>
- Finn, S. E. & Tonsager, M. E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4(3), 278-287. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.278>
- Fischer, C. T., & Finn, S. E. (2008). Developing the life meaning of psychological test data: collaborative and therapeutic approaches. In R. P. Archer & S. R. Smith. (Eds.), *Personality assessment* (pp. 379-404). New York: Routledge.
- Freud, S. (2010). Novas conferências introdutórias à psicanálise (Paulo César de Souza). In Freud, S. *Obras Completas Vol. 18* (pp. 123-354). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1933).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia (Paulo César de Souza). In Freud, S. *Obras Completas Vol. 17* (pp. 13-123). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926).
- Goldgrub, F. (2010). As teorias da ansiedade e das pulsões em Freud. *Psic. Ver.*, 19(1), 11-32. <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/5225/3759>
- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. [://www.scielo.br/pdf/tp/v22n2/a10v22n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tp/v22n2/a10v22n2.pdf)
- Hazboun, A. M. & Alchieri, J. C. (2013). Justificativas e concepções de psicólogos que não utilizam a avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 12(3), 361-368. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000300011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300011&lng=pt&tlng=pt).
- Miguel, F. K. (2017). Teste expressivo de desenhos coloridos: Validade de um teste projetivo informatizado. In 8º Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (Ed.), *Anais do 8º Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. <http://www.ibapnet.org.br/congresso2017/anais/listaresumos.htm>
- Miguel, F. K. (2019). Novas evidências de validade para o teste expressivo de desenhos coloridos. In *Anais do 9º Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. <http://www.ibapnet.org.br/congresso2019/anais>
- Mihura, J.L. (2012). The necessity of multiple test methods in conducting assessments: The Role of the rorschach and self-report. *Psychol. Inj. and Law*, 5, 97-106. <https://doi.org/10.1007/s12207-012-9132-9>
- Milani, R. G., Tomael, M. M., & Greinert, B. R. M. (2014). Psicodiagnóstico Interventivo Psicanalítico. *Estudo Interdisciplinares em Psicologia*, 5(1), 80-95. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p80>
- Murray, H. A. (2005). *Teste de Apercepção Temática*. Casa do Psicólogo.

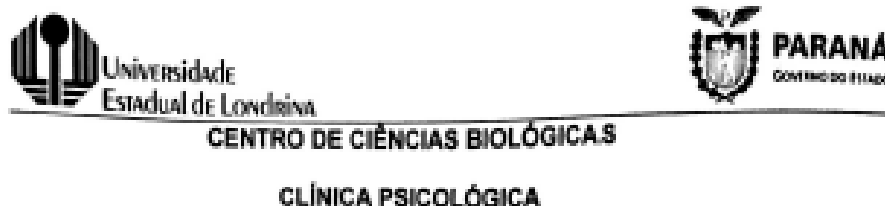
- Pisetta, M. A. A. M. (2008). Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 404-417.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200014&lng=pt&tlng=pt).
- Pondé, D. Z. F. (2011). O conceito de medo em Winnicott. *Winnicott e-prints*, 6(2), 82-131.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2011000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2011000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: Fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 25-35.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500003>
- Ribeiro, M. M. C. (2009). Neurose de angustia e transtorno de pânico. *Reverso*, 58, 43 – 52.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952009000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200005&lng=pt&tlng=pt).
- Santos, A. A. A. (2011). O possível e o necessário no processo de avaliação psicológica. In Conselho Federal de Psicologia. *O ano da Avaliação Psicológica – Textos Geradores* (pp. 13-16). Conselho Federal de Psicologia.
- Scaduto, A. A., Cardoso, L. M., & Heck, V. S. (2019). Modelos interventivo-terapêutico em avaliação psicológica: Estado da arte no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 67-75.  
doi: <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1801.16543.08>.
- Silva, G. V. & Pinheiro, N. N. B. (2008). Considerações teóricas/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott. *Winnicott E-prints*, (1e2), 1-32.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-432X2008000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2008000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Siqueira, I. L. S. M. & Oliveira, M. A. C. (2011). O processo de Avaliação Psicológica. In Conselho Federal de Psicologia. *O ano da Avaliação Psicológica – Textos Geradores* (pp. 43-48). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Smith, J. D., Eichler, W. C., Norman, K. R., & Smith, S. R. (2015). The effectiveness of a therapeutic model of assessment for psychotherapy consultation: a pragmatic replicated single-case study. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 261–270.  
<https://doi.org/10.1080/00223891.2014.955917>.
- Villemor-Amaral, A. E. (2016). Perspectivas para a avaliação terapêutica no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 15(2), 249-255. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.1502.13>.
- Villemor-Amaral, A. E. & Resende, A. C. (2018). Novo modelo de avaliação psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38, 122-132. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208680>.

- Viol, S. G. M. & Ferrazza, D. A. (2015). Estudo sobre um serviço-escola de psicologia: do perfil da clientela às novas estratégias de atenção e cuidado. *Fórum: Diálogos em Psicologia*, 2(3), 33-52. <http://fio.edu.br/revistapsi/arquivos/ed3/05-%20Artigo3.pdf>
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (Cunha, J. M. X.). Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (2000a). Nota sobre normalidade e ansiedade (Bogomoletz, D.). In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp 57-76). Imago. (Obra original publicada em 1931)
- Winnicott, D. W. (2000b). Ansiedade associada à insegurança (Bogomoletz, D.). In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp 163-167). Imago. (Obra original publicada em 1952)
- Winnicott, D. W. (2000c). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (Bogomoletz, D.). In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (pp 254-276). Imago. (Obra original publicada em 1949)
- Winnicott, D. W. (2000d). A mente e a sua relação com o psicossoma (Bogomoletz, D.). In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp 332-346). Imago. (Obra original publicada em 1949)
- Winnicott, D. W. (2007a). Teoria do relacionamento paterno-infantil (Ortiz, I. C. S.). In Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp 38-54). Artemed. (Obra Original publicada em 1979)
- Winnicott, D. W. (2007b). A integração do ego no desenvolvimento da criança (Ortiz, I. C. S.). In Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp 38-54). Artemed. (Obra Original publicada em 1979)
- Winnicott, D. W. (2019). O medo do colapso (Belo, S.). In Winnicott D. W. *International Review of Psychoanalysis*. (Obra Original publicada em 1974)
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Brookman.

**ANEXOS**

## ANEXO A

(Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição Co-Participante)



**Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição  
Co-Participante**

Londrina, 26 de novembro de 2019.

Ilmo. Sr. Prof. Dr. Osvaldo Coelho Pereira Neto  
Coordenador do CEP/UEL

Senhor Coordenador

Declaramos que nós do(a) Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina – UEL, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "A Avaliação Terapêutica frente a queixa de ansiedade" sob a responsabilidade de Miriam Chicalski e sob orientação do professor Dr. Fabiano Koich Miguel, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, até o seu final em dezembro de 2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão quinze indivíduos adultos que tenham passado pela triagem da Clínica Psicológica de UEL e que apresentem queixa de ansiedade, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Considerando que os participantes da presente pesquisa fazem parte da fila de espera para a psicoterapia desta instituição, é importante ressaltar que caso a Avaliação Terapêutica não seja suficiente para suprir as demandas de saúde mental apresentadas pelo sujeito e/ou seja da vontade dele prosseguir em psicoterapia estes serão atendidos por este serviço-escola de Psicologia.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Maíra Bonatê Sei  
Diretora da Clínica Psicológica/UEL  
CRP 06/69177 IS/PR 281

**ANEXO B**

(Modelo do Termo de Consentimento Livre Esclarecido)

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****“A Avaliação Terapêutica frente a queixa de ansiedade”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE A QUEIXA DE ANSIEDADE”**, a ser realizada no Serviço-Escola em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina - UEL. O objetivo da pesquisa é avaliar a efetividade de um novo modelo de Avaliação Psicológica denominado Avaliação Terapêutica, frente a queixa de ansiedade. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: comparecendo as sessões de avaliação terapêutica, as quais irão conter entrevistas, aplicações de testes e intervenções terapêuticas. A Avaliação Terapêutica se dará em seis etapas, sendo estas: (1) Entrevista Inicial e construção de questões norteadoras; (2) Aplicação de Testes; (3) Sessões Interventivas; (4) Apresentação e discussão dos resultados; (5) Escrita dos resultados; (6) Sessão de Acompanhamento.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As sessões serão registradas por meio de relatórios, os quais serão armazenados em um banco de dados em que o acesso será restrito apenas a pesquisadora e seu orientador.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Vale ressaltar que o custo do transporte até a Clínica-Escola de Psicologia será de sua responsabilidade, considerando que a procura por atendimento se deu de forma espontânea. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são o possível tratamento da ansiedade apresentada enquanto queixa e, ainda, a promoção de saúde mental e autoconhecimento. Quanto aos riscos, caso ocorra algum desconforto ou surjam questões relacionadas a sua saúde mental que precisem ser melhor trabalhadas, você poderá prosseguir em atendimento psicológico na Clínica-Escola da Universidade Estadual de Londrina, considerando que você se encontra na fila de espera para ser atendido neste serviço.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar a pesquisadora Miriam Chicalski, residente da Rua Rio Grande do Norte, nº 1351, apto 209, portadora do telefone celular (42) 99842-4034 e do e-mail miriamchicalski@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Pesquisador Responsável**

RG: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ (colocar nome por extenso do participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

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

**ANEXO C**

(Parecer Consubstanciado do CEP)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE A QUEIXA DE ANSIEDADE **Pesquisador:** Miriam Chicalski **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24354819.8.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCB - Programa de Pós-graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.762.545

**Apresentação do Projeto:**

Resumo apresentado pela pesquisadora:

"O presente estudo busca investigar a efetividade da Avaliação Terapêutica frente a queixa de ansiedade de pessoas que estão na fila de espera em um serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do estado do Paraná. Para isso, buscar-se-á apresentar a Avaliação Terapêutica (AT), um novo modelo de Avaliação Psicológica, e o sintoma de ansiedade a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5º edição (DSM-V), para então caracterizar a ansiedade a partir da Psicanálise, mais precisamente a Winnicottiana. O método desta pesquisa configura-se como misto, pois para tratar os dados obtidos far-se-á uso tanto do método quantitativo como do qualitativo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivos apresentados pela pesquisadora:

"Objetivo Primário:

Investigar a efetividade da Avaliação Terapêutica frente a queixa de ansiedade de pessoas que estão na fila de espera em um serviço-escola de Psicologia de uma universidade pública do Paraná.

Objetivo Secundário:

(I) Avaliar o nível de ansiedade ao início e ao final do processo, por meio do Inventário de Ansiedade

Beck;(II) Investigar a utilização do Teste Expressivo de Desenhos Coloridos para a

avaliação de Ansiedade; (III) Realizar um estudo de caso em Avaliação Terapêutica, interpretando a ansiedade pela abordagem Psicanalítica Winnicottiana".

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sobre os riscos e benefícios, a pesquisadora diz que "Vale ressaltar que o custo do transporte até a ClínicaEscola de Psicologia será de sua responsabilidade, considerando que a procura por atendimento se deu de forma espontânea. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são o possível tratamento da ansiedade apresentada enquanto queixa e, ainda, a promoção de saúde mental e autoconhecimento. Quanto aos riscos, caso ocorra algum desconforto ou surjam questões relacionadas a sua saúde mental que precisem ser melhor trabalhadas, você poderá prosseguir em atendimento psicológico na Clínica-Escola da Universidade Estadual de Londrina, considerando que você se encontra na fila de espera para ser atendido neste serviço".

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante social e cientificamente.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos de Apresentação Obrigatória estão de acordo com as Resoluções CONEP.

### **Recomendações:**

Nenhuma.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências registradas no parecer foram solucionadas.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas

Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e

legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1458737.pdf	28/11/2019 10:58:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOAT.pdf	28/11/2019 10:57:51	Miriam Chicalski	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	28/11/2019 10:56:08	Miriam Chicalski	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/11/2019 10:52:37	Miriam Chicalski	Aceito
Folha de Rosto	fohaderosto.pdf	28/10/2019 09:19:19	Miriam Chicalski	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 11 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:  
Oswaldo Coelho Pereira Neto  
(Coordenador(a))**