

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

O processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar sob o olhar da
psicanálise

Tais Jochims Reichel
Mestranda
Prof. Dr^a. Sílvia Pereira da Cruz Benetti
Orientadora

São Leopoldo, Setembro de 2008.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

R349p Reichel, Tais Jochims.

O processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar sob o olhar da psicanálise / Tais Jochims Reichel. – 2008.

132 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2008.

Catálogo na publicação:

Bibliotecário Flávio Nunes – CRB 10/1298

Dedicatória

Dedico este trabalho aos pacientes que participaram da pesquisa, ao meu marido, Alexandre, à minha família e a todos aqueles que me apoiaram, possibilitando a realização deste sonho.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora, Prof.^a Silvia Pereira da Cruz Benetti, pela sua dedicação, orientação e apoio; ao meu marido pela paciência e pelo carinho, aos meus pais, por ser fonte inspiradora deste projeto, a minha família pelo incentivo, e aos amigos que me apoiaram durante esta trajetória.

SUMÁRIO

Resumo	05
Abstract	06
Introdução	07
Seção I - Relatório de Investigação	09
Justificativa Teórica	09
Objetivos	15
Método	16
Participantes	18
Procedimento de coleta e análise de dados	19
Procedimentos éticos	20
Resultados e discussão	21
Considerações Finais	65
Seção II – Revisão Teórica	67
Seção III – Resultados	82
Referências Bibliográficas	106
Anexos	112

Resumo

Esta pesquisa tem por objetivo apresentar uma discussão sobre as características do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar, a partir da análise de conceitos fundamentais da psicoterapia psicanalítica, tais como: o *setting*, a neutralidade, a intervenção e a relação terapêutica. Além disso, a mesma se propõe a identificar e compreender os aspectos técnicos desta modalidade de acompanhamento, realizando uma reflexão teórica e técnica a partir do referencial psicanalítico. A metodologia utilizada foi o estudo de caso. Foram apresentados e discutidos os relatos de dois casos clínicos, de João e Luciana, que receberam atendimento psicológico domiciliar por seis meses. As entrevistas foram analisadas a partir das categorias analíticas propostas: *setting*, neutralidade, intervenção e relação terapêutica. Concluiu-se que o processo terapêutico domiciliar apresenta características específicas no *setting*, no campo terapêutico, assim como na técnica utilizada, na postura do terapeuta, em relação à neutralidade e às intervenções empregadas, que o diferenciam de um atendimento psicoterápico convencional. Entretanto, constatou-se que estas peculiaridades não inviabilizam a realização de uma psicoterapia psicanalítica fora do contexto tradicional, ficando seus objetivos e resultados preservados. Contudo, pode-se constatar que as mudanças mais significativas centraram-se na postura e na exigência do terapeuta, considerando estas especificidades para conduzir o trabalho e preservar o tratamento psicoterápico.

Palavras Chave: atendimento psicológico domiciliar, psicoterapia psicanalítica, técnica psicanalítica.

Abstract

This research aims to present a discussion on the characteristics of the therapeutic process in psychological home care from the analysis of the fundamental concepts of psychoanalytic psychotherapy, such as: the setting, the neutrality, intervention and therapeutic relationship. Moreover, it proposes to identify and understand the technical aspects of this type of monitoring, conducting a technical and theoretical reflection from the psychoanalytical references. The methodology used was the case study. It was presented and discussed the reports of two cases of John and Luciana, who received psychological care home for six months. The sessions were analyzed through the from analytical categories proposed: setting neutrality, intervention and therapeutic relationship. It was that the therapeutic process has specific characteristics regarding the home setting, the therapeutic, the technique used and the attitude of the therapist in relation to neutrality, situations that distinguish it from a conventional psychotherapy. However, it was found that these peculiarities do not hinder the realization of a psychoanalytic psychotherapy outside the traditional context, with their goals and results preserved. However, one can see that the most significant changes have focused on posture and the requirement of the therapist, considering these specific cases to preserve the psychotherapy treatment.

Key words: psychological care home, psychoanalytic psychotherapy, psychotherapy technique.

Introdução

A pesquisa científica descrita nesta dissertação tem como objetivo discutir e analisar o processo terapêutico no Atendimento Psicológico Domiciliar, a partir das especificidades pertencentes a esta modalidade de intervenção. O trabalho proposto baseou-se no referencial teórico e técnico da psicanálise, considerando os fundamentos principais apresentados por esta abordagem, tais como o *setting*, a neutralidade, as intervenções e o campo terapêutico.

O interesse por esta pesquisa surgiu a partir da trajetória clínica e da experiência da mestranda como integrante de uma equipe de saúde que presta atendimento domiciliar. Com a vivência dos atendimentos, alguns questionamentos surgiram relativos à demanda dos pacientes, a construção do *setting* terapêutico com suas características peculiares e interrupções, ao manejo do terapeuta em relação a estas especificidades e a viabilidade desta modalidade de intervenção como um trabalho psicoterapêutico.

Primeiramente, na Seção I, será apresentado o Relatório de Investigação composto pela descrição do projeto desenvolvido e uma exposição detalhada dos procedimentos da pesquisa utilizados. Este documento objetiva possibilitar uma compreensão clara do processo percorrido. Com vistas a responder às questões propostas por este trabalho, foram apresentados, no presente relatório, os aspectos considerados relevantes para a análise e discussão do tema, a partir dos relatos dos casos atendidos domiciliarmente pela terapeuta.

Ao iniciar o trabalho científico e a busca de material teórico, verificou-se pouca produção sobre o tema, pois a maioria das pesquisas encontradas tratava do atendimento domiciliar em outras áreas da saúde, como enfermagem, sendo o material sobre o atendimento psicológico domiciliar escasso ou mais descritivo. Assim, a necessidade de estudo e aprofundamento sobre o tema e o interesse em apresentar este atendimento como uma nova perspectiva de intervenção clínica, com suas especificidades e características, deram origem a construção do material teórico apresentado na Seção 2 dessa dissertação, intitulado como “*O atendimento Psicológico Domiciliar: uma proposta de intervenção clínica*”. Reflexões acerca da clínica contemporânea e das demandas da atualidade contribuíram para fundamentar as discussões posteriores sobre as peculiaridades desta recente prática profissional, o

atendimento psicológico domiciliar, assim como auxiliar na compreensão do processo terapêutico que ocorre no mesmo.

Finalmente, na Seção 3, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, denominada “*O Processo Terapêutico no Atendimento Psicológico Domiciliar sob o Olhar da Psicanálise*” A discussão dos dados obtidos foi realizada a partir da análise de um dos casos atendidos, sendo apresentados os resultados encontrados neste estudo. A seguir, estão as considerações finais, nas quais procurou se contemplar as reflexões proporcionadas pelo trabalho e as conclusões levantadas. Entretanto, as idéias conclusivas apontam para a complexidade do tema, a carência de estudos sobre mesmo, assim como as limitações encontradas no estudo.

Seção 1- Relatório da Investigação

Justificativa Teórica

A Psicologia vem, há algum tempo, expandindo seus limites de atuação e adquirindo novos contornos e especificidades, influenciada pelas mudanças e avanços ocorridos no transcurso da nossa história nos níveis político, econômico, social e tecnológico. Assim, mesmo que muitas das práticas em psicologia estejam imbricadas na categorização convencional da clínica, educacional e organizacional - novos dimensionamentos surgem associados à busca de um “novo” modo de fazer psicologia.

Estudos recentes acerca dessa ampliação e das novas perspectivas de atuação do psicólogo vêm sendo desenvolvidos, impulsionando reflexões acerca da reestruturação de práticas profissionais. Dentre esses, destacam-se os que objetivam a construção de estratégias que dêem conta dos anseios e das demandas sociais da atualidade¹. Como refere Yamamoto, Câmara, Silva e Dantas (2001) “O campo profissional vai sendo reformatado pela presença, cada vez mais freqüente, de trabalhos que não podem ser tranqüilamente classificados nas categorias tradicionais: são as chamadas ‘práticas emergentes’ e os ‘novos espaços de atuação’ (p. 65)”.

A expansão do campo profissional da psicologia é acompanhada de outra significativa mudança na atuação do psicólogo hoje: a perspectiva da transdisciplinaridade. O profissional realiza intervenções interagindo com áreas distintas do conhecimento como a da comunicação, do esporte, da imunologia, da genética, da administração, da enfermagem, do direito, entre outras. Como apontam Brasil et al. (2006), a integralidade² está atravessada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades, que não podem ser tratadas isoladamente. Para que se possa planejar e garantir a promoção e o exercício da saúde como qualidade de vida é preciso que se crie o máximo de interfaces possíveis. Esse movimento reflete-se, também, nas pesquisas da atualidade, nas quais se verifica a

¹ Exemplos destes estudos: Passos & Barros, 2000; Yamamoto, et al, 2001; Costa & Brandão, 2005.

² Este termo refere-se a um dos princípios que orientaram a implantação do SUS estabelecido pela Constituição de 1988 e, posteriormente, pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determinam um olhar “integral” da situação.

inter-relação da psicologia com outras áreas do conhecimento na tentativa de compreender os fenômenos contemporâneos³.

Ainda que este movimento resulte numa expansão profissional, com reflexos importantes no desenvolvimento teórico e prático, são necessários estudos que consolidem esta integralidade de ações, isto é, espaços de interlocução entre os profissionais, equipes e serviços que visam a trabalhar ou promover a saúde. No caso específico da psicologia, como nos diz Yamamoto et al., (2001), a expansão, tanto do campo profissional quanto as inovações introduzidas nos campos tradicionais do psicólogo, carecem de estudos mais aprofundados que contribuam com novos parâmetros teóricos e metodológicos para a construção de intervenções que dêem conta dessa nova realidade. Cada uma das problemáticas abre espaço para novas questões sobre a prática profissional, constituindo desafios teóricos e técnicos que exigem uma maior reflexão por parte dos profissionais sobre os processos que fundamentam suas práticas.

Em algumas áreas da psicologia - como a clínica - isto está evidenciado nas pesquisas que vêm sendo publicadas, as quais, em sua grande maioria, apontam para a necessidade de reflexão e possíveis transformações a fim de se dar conta das demandas atuais e das novas dores da humanidade (Costa & Brandão, 2005; Passos & Barros, 2000; Vaisberg, 2003). Alguns trabalhos, inclusive, têm contribuído com avanços sobre a adoção do atendimento psicológico em diferentes *settings* além do tradicional, como na comunidade, via internet (Almeida & Rodrigues, 2003), em instituições (Wolf, 1993), em hospitais (Barros, 2002) ou no domicílio dos pacientes (Marques & Ferraz, 2004; Zaroni, Pereira, Sakamoto & Sales, 2006).

É principalmente através da prática cotidiana do profissional de psicologia que surgem as demandas de intervenções clínicas em contextos alternativos, impulsionando o interesse em estudar, investigar e conhecer as necessidades destas novas situações para o desenvolvimento de um trabalho responsável e ético. Nesse sentido e no que diz respeito a minha atividade em especial, ao realizar o acompanhamento psicológico domiciliar no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) de um convênio de saúde, deparei-me com um novo campo de intervenção clínica - o atendimento psicoterápico a pacientes em seus domicílios. Essa prática provocou diversos questionamentos sobre os fundamentos teóricos e técnicos desta forma alternativa de intervenção. As

³ Almeida & Rodrigues, 2003; Marques & Ferraz, 2004; Zaroni, Pereira, Sakamoto e Sales, 2006.

principais questões referem-se às especificidades do atendimento psicológico domiciliar, à aplicabilidade da sustentação teórica da clínica privada no *setting* domiciliar e ao papel do terapeuta nestes casos.

Ao longo dessa experiência, percebi a necessidade da construção de parâmetros teóricos e técnicos que considerassem as peculiaridades presentes nessa forma de acompanhamento, identificando não ser possível, e nem adequada, a mera transposição das técnicas utilizadas no atendimento realizado no hospital/consultório para esta modalidade de atendimento. Sobre isso, Vaisberg (2003) alertou que cabe, aos psicólogos clínicos, o importante papel de disponibilizar novas formas de atendimento ao sofrimento humano no mundo contemporâneo. Mas, para tal, é necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre essas novas modalidades que, além de investigar seus processos específicos, permitam a construção de novos referenciais.

Atendimento psicológico domiciliar e enfoque psicanalítico

No Atendimento Domiciliar, procura-se estabelecer um *setting* que mantenha os alicerces básicos propostos pela psicanálise como a associação livre de idéias, a abstinência, a neutralidade, a atenção livre e flutuante e o amor à verdade. Pois, como se sabe, o *setting* tem um papel importante na situação psicanalítica devendo ser preservado para o bom andamento da terapia. Como coloca Zimmerman (1999), ele “pode ser conceituado como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico (p. 301)”. Segue dizendo “ele resulta de uma conjunção de regras, atitudes e combinações, tanto as contidas no “contrato analítico”, como aquelas que vão se definindo durante a evolução da análise, como os dias e horários das sessões, os honorários com a respectiva modalidade de pagamento, o plano de férias” (p. 301).

Conforme o mesmo autor (1999), na psicanálise contemporânea é impossível separar o conceito de *setting* do conceito de campo analítico “Neste contexto analista e analisando fazem parte da realidade psíquica que está sendo observada e, portanto, ambos são agentes da modificação da realidade exteriores à medida que modificam as respectivas realidades interiores” (p. 302).

É através do mesmo que se cria um espaço onde o analisando pode trazer seus sentimentos, pensamentos, manifestar a forma como estabelece suas relações (através da transferência) e aprender a exercitar seu lado adulto.

A função mais nobre do *setting* consiste na criação de um espaço onde o analisando terá a oportunidade de reexperimentar com o seu analista a vivência de antigas e decisivamente marcantes experiências emocionais conflituosas que foram mal compreendidas, atendidas e significadas pelos pais do passado e, por conseguinte, mal solucionadas pela criança de ontem que habita a mente do paciente hoje (Zimmerman, 1999, p. 302).

Mas para que o *setting* consiga alcançar a sua função, é importante que esse seja preservado ao máximo. Isto não significa que as regras propostas não possam ser alteradas. Porém, é importante ressaltar que a permissividade do analista é tão prejudicial para a evolução do tratamento quanto à rigidez excessiva. Deve-se ter claro que uma postura firme não significa frustrar o tempo todo o paciente, assim como uma postura flexível não é evitar frustrações. “É recomendável que haja uma flexibilidade, de modo que seja instituído um *setting* ‘suficientemente bom’ que considere as condições e peculiaridades do analisando, e também as do analista” (Zimmerman, 1999, p. 307).

Para que o terapeuta consiga manter a postura de abstinência, ou seja, a de preservar a manutenção do *setting* mantendo uma postura de neutralidade, é imprescindível que ele respeite as suas características pessoais, pois como nos diz Pechansky (2005) “Boa técnica é aquela que se adapta melhor a individualidade de cada um, sem que, com isso, venha a transgredir princípios elementares da neutralidade” (p. 241). Recomenda ainda sobre o comportamento do terapeuta:

É recomendável a adoção de comportamento que permita flexibilidade com modulação de atitudes, levando-se em conta as múltiplas situações imprevistas que podem ocorrer (...) Essa flexibilidade é sempre possível, desde que o terapeuta não se viole, comprometendo princípios básicos daquilo que se espera de uma conduta neutra. (Pechansky, 2005, p. 241).

Além disso, o lugar que cada um ocupa no *setting* não pode ser simétrico, embora este seja um desejo oculto pela maioria dos pacientes. A hierarquia deve ser mantida para que o tratamento aconteça. Muitas vezes, os pacientes buscam no terapeuta uma figura modelo, e começam a apresentar curiosidades sobre a vida pessoal do mesmo, para assim, espelharem-se nessa imagem idealizada com o intuito

de encontrarem soluções para seus conflitos. Mas, como coloca Pechansky (2005) “É preciso entender que essa curiosidade pode estar a serviço da necessidade de manter certo controle sobre o *setting*, na tentativa de diminuir diferenças, reforçando com isso as próprias defesas” (p. 241). Mais importante que responder as curiosidades trazidas pelos pacientes, é poder entender os seus significados e procurar explorar e penetrar nesse espaço oculto, isto é, nas fantasias presentes na mente dos sujeitos.

Assim, como se pôde examinar, o *setting* tem um papel essencial tanto para a continuidade como para a preservação do processo terapêutico. É através da manutenção dos seus integrantes essenciais, isto é, da neutralidade, da abstinência e do anonimato, que se poderão alcançar as condições necessárias para um adequado trabalho analítico.

Portanto, verifica-se que, em alguns casos, circunstâncias e imprevistos no transcurso da terapia, que ora dependem do paciente, ora do terapeuta, ou até mesmo de ambos, fazem com que ocorra a transposição de um *setting* já estabelecido para um outro ambiente diferente. (Pechansky, 2005). “Terapeuta, nessa situação, abandona o seu habitat natural para exercer sua tarefa em um local em nada semelhante ao que ambos estavam acostumados” (Pechansky, 2005, p. 243). Situação que pode ser evidenciada no atendimento psicológico domiciliar. Neste sentido, considerando-se as diversas possibilidades que se colocam ao terapeuta em relação ao *setting*, o autor coloca a questão se também se modificam os critérios de neutralidade. Na sua visão, não são os critérios que mudam, mas a adequação precisa do comportamento do terapeuta. Entretanto, estas reflexões são relativas a episódios ou situações pontuais no transcurso de um atendimento realizado habitualmente em consultório.

Considerando que os pressupostos teóricos e técnicos apresentados pela psicanálise foram construídos a partir de um *setting* tradicional, como transpô-los para um ambiente que foge ao convencional? Como fazer deste *setting* um aliado ao processo terapêutico, sem que este fique estereotipado com regras que não passem de um ritual obsessivo aplicado de forma mecânica, ou por outro lado, tão permissivo que não favoreça o crescimento mental de nossos pacientes?

Este é um desafio que exige dos psicólogos uma reformulação interna e uma coerente adaptação a uma nova forma de atuação. Mas, para isso, deve-se estar aberto para a revisão e atualização da prática, dos estudos teóricos e das intervenções utilizadas, para que não se reproduza, simplesmente, as fórmulas já apresentadas. Desta forma, é fundamental a ampliação de trabalhos e pesquisas sobre o atendimento

domiciliar para que se possa responder tanto aos aspectos teóricos de sustentação desta intervenção como para a sua prática. Especialmente, se levarmos em conta que o atendimento domiciliar é dirigido a uma clientela com peculiaridades que demandam esta reflexão.

A partir destas questões surgiu, então, a proposta de desenvolver um estudo teórico e técnico aprofundado sobre o Atendimento Psicológico Domiciliar, articulando conceitos psicanalíticos com as características peculiares deste atendimento, que vão desde a demanda apresentada por estes pacientes, a indicação do acompanhamento, as características do enquadre terapêutico, até as formas de intervenção que venham a ajudar estas pessoas. Tal articulação foi construída através da análise e discussão de casos de pacientes atendidos no domicílio, utilizando-se a compreensão e abordagem psicanalítica. Considera-se que a metodologia do estudo de caso permite uma análise aprofundada e compreensiva de todos os elementos envolvidos no processo terapêutico, respondendo adequadamente às reflexões propostas por este trabalho.

Objetivos

Considerando a problemática apresentada procurei, na dissertação de mestrado, investigar e discutir o processo psicoterapêutico no atendimento psicológico domiciliar. Baseando-me no enfoque psicanalítico e através de estudos de casos de pacientes que atendo no PGC, busquei identificar a existência, ou não, de mudanças nos procedimentos teóricos e técnicos tradicionais e as possíveis implicações das mesmas no processo de atendimento. Para tal e considerando as especificidades do atendimento domiciliar, analisei os elementos do processo psicoterapêutico, tais como a demanda do paciente, o *setting* terapêutico, a postura do terapeuta, suas intervenções ou ações terapêuticas, e o campo terapêutico. Além disso, procurei compreender conceitos da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica, como neutralidade, relação transferencial e contratransferencial, nesse novo contexto e nesse novo *setting*.

De posse da temática e dos objetivos apresentados, desenvolvi o seguinte plano de trabalho. Inicialmente, analisei a definição do atendimento psicológico domiciliar, suas características apresentadas na bibliografia especializada. A seguir, relacionei esses elementos com alguns dos fundamentos psicanalíticos do processo terapêutico. Dentre eles, foram analisadas questões referentes ao *setting*, as regras fundamentais propostas pela psicanálise e a relação terapeuta-paciente.

Na segunda etapa do trabalho, a partir dos estudos de casos realizados, relacionei os conceitos teóricos e técnicos psicanalíticos com o entendimento do processo terapêutico de cada caso clínico, considerando as peculiaridades do atendimento psicológico domiciliar para, então, responder aos objetivos propostos nesse projeto.

Método

Considerarei, no presente trabalho, a abordagem clínica-psicanalítica como ferramenta principal para a investigação do mesmo. Entendendo que para que se possa investigar e compreender o processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar é fundamental que se considere não só a participação do pesquisador e do pesquisado, a relação afetiva que se estabelece entre os dois, mas a construção do processo terapêutico a partir dos encontros ocorridos. Neste sentido, pode-se dizer que “a relação entre método e realidade é intrínseca” (Pereira, 2004, p. 39).

Sabe-se que o método psicanalítico tem sido objeto de discussão na atualidade entre diferentes autores, como André Green e Robert S. Wallerstein, (Lowenkron, 2005) e que apresenta características distintas das pesquisas consideradas empíricas. A psicanálise é uma ciência aplicada, de uma maneira especial e particular, pois sua prática clínica e ou terapêutica também é em si mesma e ao mesmo tempo uma forma de investigação (Aguilar, 2001). “É na clínica psicanalítica que se desenvolve a nossa modalidade mais essencial de pesquisa” (Herrmann & Lowenkron, 2004, p. 25-26). Freud, já afirmava que a psicanálise é um método de investigação, uma modalidade de tratamento e o nome do conhecimento que o método produz, ou seja, a teoria psicanalítica (Herrmann & Lowenkron, 2004). Idéia compartilhada por Eizirik (2006), ao afirmar que tratamento e investigação andam juntos, sendo a pesquisa psicanalítica efetuada com o método psicanalítico em si, dentro da sessão ou do processo analítico.

Na essência mesma do método psicanalítico está a noção de que tratamento e investigação são concomitantes, pois o curso de um processo analítico tem como parte central a idéia de que se trata de um procedimento em que analista e paciente estudam, de forma compartilhada, as expressões, os significados e as rotas históricas que produzem o sofrimento psíquico atual deste (p. 171). Sendo assim, a psicanálise ao considerar a participação do pesquisador no fenômeno que observa, inaugura uma nova forma de fazer pesquisa, deixando de lado a concepção de que sujeito-objeto, investigação e tratamento devem estar separados.

Sauret (2003) afirma que a pesquisa psicanalítica pode ter diferentes formas e objetivos que visam responder questões colocadas pela psicanálise, responder questões colocadas á psicanálise, construir uma teoria a partir das vivências e das experiências,

ampliar o campo da experiência analítica, além de estar orientada somente pelo saber e, eventualmente, pela ética da própria psicanálise. Existe, então, - a pesquisa psicanalítica - a dos psicanalistas - e a pesquisa que é orientada e que se apóia na psicanálise, mais comumente vista nas universidades.

Botella e Botella (2003) afirmam que existem dois modelos de pesquisa em psicanálise. A pesquisa *em* psicanálise baseada em critérios exclusivamente psicanalíticos, tal como a indissociabilidade entre procedimento de investigação, dispositivo e método de pesquisa, e a pesquisa *por* psicanalistas, utilizando outros métodos que não os próprios da psicanálise com objetivo de satisfazer aos critérios específicos exteriores (p. 438).

A pesquisa em psicanálise tem por objetivo aumentar o conhecimento dos processos psíquicos inconscientes. Além disso, pode-se dizer que a sua realização, exploração e descoberta ocorrem tanto na sessão de análise como na pós-sessão. Segundo Botella e Botella (2003), “a pesquisa fundamental em psicanálise é construída com base nos acontecimentos da sessão, depois nos ‘restos da sessão’ cuja elaboração secundária revela, nos casos bem-sucedidos, um novo conhecimento” (p. 439). “Enquanto o pesquisador científico isola dados suscetíveis de explicar as relações causais, o psicanalista se interessa por aqueles dados que podem guiar o seu pensamento e ajudá-lo a captar o pensar do analisando” (Widlocher, 2003, p. 54).

Em relação à validade da pesquisa em psicanálise, Botella e Botella, (2003) apontam que a validade de uma descoberta analítica não depende de uma realidade clínica objetivável, nem de uma prova experimental, mas sim, na possibilidade de um grande número de analistas “porem à prova” a experiência mediante a sua repetição. Para isso é de fundamental importância que as mesmas condições (ou regras) sejam mantidas, para que se possa garantir a confiabilidade da pesquisa.

A pesquisa em psicanálise é composta por várias etapas que se inicia “pela experiência na intimidade psíquica da regressão por via retrógrada da sessão, seguida pela elaboração dessa experiência na pós-sessão e culminando numa hipótese teórico-clínica que o analista redige e faz publicar” (Botella & Botella, 2003, p. 440). Como aponta Widlocher (2003), o projeto científico do psicanalista se situa antes e depois do ato clínico; antes porque se inscreve em um programa elaborado anteriormente, e depois porque os dados são recolhidos e formalizados *a posteriori* (p. 62).

No presente estudo, a fim de subsidiar a reflexão comparativa entre a teoria e a técnica utilizadas na psicoterapia psicanalítica convencional e no atendimento

psicológico domiciliar utilizou-se a compreensão clínica - psicanalítica através do estudo de casos como modalidade de pesquisa. Entende-se que esta metodologia é indicada quando se busca explorar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação, assim como formular hipóteses ou desenvolver teorias (Gil, 2002).

O estudo de caso se caracteriza por uma abordagem investigativa que se baseia na compreensão aprofundada. Na abordagem clínica psicanalítica é na própria relação entre o pesquisador-pesquisado (campo transferencial) que se estabelece o campo de pesquisa. Entretanto, considerando a questão que orientou este trabalho que foi a de compreender o processo terapêutico no *setting* domiciliar, alguns eixos de análise e estudo do caso serão considerados, tais como o *setting*, a neutralidade, a intervenção campo terapêutico e postura do terapeuta.

Participantes

Para o estudo das questões propostas, foi analisado o material clínico de *dois* casos que estão recebendo atendimento psicológico domiciliar semanal. Os casos escolhidos seguiram os seguintes critérios: a) pacientes em situação de permanência domiciliar por período indeterminado, b) pacientes em condições clínicas (capacidade cognitiva) de acompanhamento psicoterápico, e c) pacientes motivados para o atendimento.

Procedimento de Coleta e Análise dos dados

Primeiramente, foi apresentada a proposta aos pacientes verificando se os mesmos estavam dispostos a participarem da pesquisa. Os dois aceitaram prontamente. A partir da aceitação da proposta, se solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente ou do seu responsável. O material clínico foi obtido através de entrevistas individuais e semanais com duração de 35 minutos, realizadas na casa dos pacientes durante o período de quatro meses. As primeiras entrevistas foram relatadas (Caso João de 8 entrevistas e Caso de Luciana- 5), sendo as demais entrevistas gravadas (*Pen Drive Sony*) e depois transcritas, para que não se perdesse o material de análise. O relato das entrevistas forneceu as informações necessárias para a avaliação da teoria e da técnica do atendimento psicológico domiciliar. Como coloca Safra (1993), apesar do relato não conseguir descrever o fenômeno absoluto, pois não reproduz exatamente o que ocorreu na sessão, não deixa de ser um material utilizável para pesquisa. Afirma ainda “Ao iniciarmos uma investigação a partir de um material clínico, realizamos um recorte, que é delimitado pelo aspecto ou fenômeno que estamos interessados em pesquisar, e, também, pelas concepções teóricas que utilizamos no nosso trabalho” (p.129).

Para a análise dos dados foram realizadas entrevistas semanais com os dois pacientes, sendo considerados na análise das mesmas os conceitos fundamentais da prática clínica psicanalítica como: *setting*, a neutralidade, a intervenção, campo terapêutico e postura do terapeuta. Inicialmente, fez-se a leitura de todas as entrevistas e, posteriormente, a análise conforme o Recorte de Conteúdos (Laville & Dionne, 1999). As sessões foram decompostas conforme o seu conteúdo e os mesmos foram agrupados por similaridade em categorias analíticas definidas previamente, conforme os elementos já descritos, como *setting*, neutralidade, intervenção, campo terapêutico e postura do terapeuta (como exemplificado no anexo A deste relatório, com o relato e a análise de uma das sessões de cada um dos casos analisados).

A partir das categorias levantadas em cada entrevista foi feita uma síntese final, com todas as categorias analíticas investigadas, destacando-se as características técnicas do processo terapêutico (*setting*, neutralidade, intervenção) e a compreensão dinâmica do trabalho terapêutico realizado (campo terapêutico e postura do terapeuta).

Finalmente, foi feita uma síntese compreensiva em relação ao processo de atendimento domiciliar, onde foi discutida a aplicabilidade da teoria e da técnica psicanalítica nessa forma de atendimento considerando as peculiaridades do mesmo.

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e aprovado em 14 de junho de 2007, o que pode ser conferido na resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde. O número do processo é CEP 07/028.

O termo de consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo pacientes participantes da pesquisa. Tal termo encontra-se no anexo B deste relatório.

Resultados

Apresentam-se, a seguir, os dois casos investigados – João e Luciana. Inicialmente foi feita uma síntese da história clínica de cada caso e das *sessões* terapêuticas atendidas. Posteriormente, realizaram-se a análise e discussão do material coletado a partir das categorias analíticas já apresentadas, como *setting*, neutralidade, intervenções, postura e campo terapêutico, considerando as evidências encontradas em cada um deles. No caso de João, foram analisadas 15 entrevistas, correspondentes a um período de 4 meses de trabalho. Enquanto no de Luciana, foram analisadas 13 entrevistas, realizadas durante 6 meses de trabalho. Finalmente, algumas considerações finais são feitas sobre o tema proposto, ou seja, o processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar.

João – Caso 1

Na ocasião do encaminhamento, João estava com 40 anos de idade, casado com Cecília e pai de uma filha de 7 anos, a Patrícia. Apresentava um quadro clínico depressivo associado a uma situação de doença. João tem AIDS. Em função do não tratamento da doença, teve um Acidente Vascular Cerebral e ficou com seqüelas na área motora e na fala. Tornou-se muito revoltado, não aceitando a doença e nem o tratamento sugerido, manifestando vontade de morrer. João ingressou no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da GEAP, pois, em função das seqüelas físicas e emocionais deixadas após o derrame, não tinha condições de se deslocar aos consultórios para atendimento.

Num primeiro momento, João foi avaliado pela médica da equipe do programa que inicia com antidepressivo e o encaminha para o acompanhamento psicológico. Recebo, então, a solicitação de atendimento do paciente e entro em contato telefônico com ele para agendarmos a primeira entrevista em seu domicílio.

No primeiro encontro que tive com João conversamos na sala de sua casa. Ele apresentava-se muito descrente em relação ao tratamento e a seu futuro. Conversamos em relação ao atendimento, o que esperava e qual era o seu interesse em ter um acompanhamento psicológico. Disse que nunca havia feito acompanhamento

psicoterápico e que não sabia como era este trabalho. Entretanto, estava disposto a tentar, *“mesmo sem saber o que iria dar”*.

Estabelecemos o contrato explicando para ele quais eram as regras do atendimento. Comentei que era importante falar o que estava sentindo, aquilo que lhe viesse à cabeça para que eu pudesse ajudá-lo. Falei que o que conversássemos ficaria entre nós, sendo apenas numa situação que envolvesse risco para ele ou para alguém que quebraríamos esta regra. Os encontros seriam semanais, e conversaríamos por volta de 35 minutos.

Estava presente no relato de João uma história de vida marcada pela percepção de ter sido sempre muito independente, nunca ter precisado de ninguém e ter sempre se virado sozinho. Conforme contou, é filho único e morou com a mãe até uns 20 poucos anos. O pai os deixou quando era pequeno e nunca mais apareceu. Quando ficou doente perguntaram se ele queria falar com o pai e ele disse que não. *“Não tenho o que falar com ele, pois é um cara desconhecido para mim. Quando eu era pequeno ele nunca apareceu, agora só porque estou doente, ele vai fazer o que? Não tenho nada para falar com ele”*.

Começou a trabalhar cedo e logo foi morar sozinho. Diz ser um cara de muitos conhecidos, mas poucos amigos. Não gostava de falar com ninguém sobre a sua vida, conversava apenas coisas superficiais. Casou aos 32 anos de idade com Cecília e tiveram uma filha dois anos depois. O relacionamento do casal era estável, mas com pouco envolvimento afetivo por parte de João. Esta característica também se refletia no tratamento, através de dificuldade de estabelecer vínculo, de falar sobre seus sentimentos e sobre o que acontecera com ele. Em uma ocasião teve um relacionamento extraconjugal, do qual acredita ter contraído o vírus HIV, manifestado 6 anos depois. Diz não lembrar como foi. Conta que lembra ter saído de casa brigado com Cecília, foi tomar uma cerveja, quando conheceu essa mulher num bar. Não recorda nem o seu nome, *“foi tudo muito louco, acabaram transando ali na esquina mesmo”*. Ao ser diagnosticado, tem uma reação maciça de negação, recusando-se inclusive a seguir tratamento. Finalmente, manifestam-se os sintomas, o quadro se agrava, iniciando o processo de atendimento no programa domiciliar. Arrepende-se de não ter procurado ajuda antes, pois não precisaria estar assim. Sente-se revoltado, pois, como diz: *“tem tanta gente que transa, tem vários relacionamentos e não acontece nada, comigo foi só uma vez e me contaminei”*.

Neste momento inicial do atendimento, começou a apresentar um comportamento agressivo e bastante descontrolado, colocando sua vida em risco e verbalizando a vontade de se matar. Decidimos, então, em conjunto que talvez uma internação fosse indicada, pois poderia se avaliar melhor a medicação e ficar mais tempo sob monitoramento. Estava apresentando “surto” e com uma sessão por semana não se conseguiria trabalhar satisfatoriamente.

Em relação a família de João, existia uma resistência muito grande da esposa, que embora muito “compreensiva”, em vários momentos, acabava “interferindo” no seu tratamento. Tinha sentimentos ambivalentes, parecia que queria que ele melhorasse, mas, ao mesmo tempo, não seguia as recomendações médicas, deixava faltar o remédio, não o mantinha internado, pois “*sentia pena dele*”. Marcava horário comigo no consultório para conversarmos e não comparecia.

Este período inicial de atendimento foi, portanto, marcado pelo estabelecimento do vínculo com o paciente e discriminação do atendimento familiar. Conforme o trabalho clínico foi se desenvolvendo e sendo interpretadas as questões de João, passou-se para uma fase do processo que o mesmo se mostrava mais vinculado, aceitando o tratamento proposto, apresentado uma melhora no seu quadro clínico e emocional. A esposa, Cecília, foi encaminhada para atendimento pela terapeuta em função de suas necessidades afetivas e da carência de um espaço onde pudesse elaborar as mudanças ocorridas em sua vida desde o adoecimento de João. A partir destes encaminhamentos, o trabalho psicoterapêutico com João se desenrolou de forma freqüente e regular, com encontros semanais.

Porém, cabe ressaltar, que durante o acompanhamento psicoterápico de João, seus atendimentos foram interrompidos devido à falta de autorização das sessões pelo seu plano de saúde. Como ele pertence a um grupo de pacientes que recebe assistência domiciliar, faz-se necessária a liberação das consultas através da central do convênio em Brasília. Então, por um período de um mês e meio, as sessões não foram autorizadas, sendo retomado o acompanhamento após liberação das mesmas.

Atualmente, o atendimento continua sendo realizado e o processo psicoterápico se organiza em torno de questões internas relativas tanto ao impacto da doença em sua vida pessoal, como da integração de aspectos da sua história de vida e do seu caráter, buscando possibilitar a resignificação das vivências passadas e a melhora na sua qualidade de vida e de relação.

A seguir apresenta-se a síntese da análise das entrevistas, agrupada nas categorias analíticas propostas como: *setting*, neutralidade, intervenções, postura do terapeuta e campo terapêutico para a compreensão do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar. Desta forma, o caso é apresentado e discutido considerando-se os eixos de análise (categorias) com vistas a tornar mais dinâmica a leitura e acompanhamento do atendimento realizado. Em termos formais, conforme mencionado no item análise dos dados, cada entrevista foi analisada em relação aos principais elementos identificados naquela sessão. Entretanto, por exemplo, algumas entrevistas foram selecionadas em função de ocorrerem situações de maior relevância para a compreensão do processo terapêutico no atendimento domiciliar. Estas entrevistas foram destacadas e discutidas em maior profundidade de acordo com as categorias apresentadas.

Setting

A partir da análise do material das entrevistas, constatou-se que o *setting* no atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas peculiaridades que o diferenciam do acompanhamento psicoterápico convencional. Apesar de, em algumas sessões⁴, este ter se mantido preservado, não havendo alterações tanto nos procedimentos como nas combinações e nas regras estabelecidas entre a dupla, em outras, algumas interrupções inesperadas aconteceram, interferindo no curso das sessões.

Como coloca Zimerman (1999), o *setting* é a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico (p. 301). Segue dizendo “ele resulta de uma conjunção de regras, atitudes e combinações, tanto as contidas no “contrato analítico”, como aquelas que vão se definindo durante a evolução da análise” (p. 301). A sua função mais nobre consiste na criação de um espaço onde o analisando terá a oportunidade de reexperimentar com o seu analista⁵ a vivência de antigas e decisivamente marcantes experiências emocionais conflituosas que foram mal compreendidas, atendidas e significadas pelos pais do passado e, por conseguinte, mal solucionadas pela criança de ontem que habita a mente do paciente hoje (Zimerman, 1999, p. 302).

⁴ Sessões 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14 e 15.

⁵ No texto são utilizados tanto o termo analista como terapeuta. No primeiro caso, mantém-se a nomenclatura mencionada pelos autores pesquisados.

No atendimento psicológico domiciliar o *setting* passa a ser a casa do paciente. Diferentemente do que ocorre no atendimento privado, é o terapeuta que se desloca até o local onde ocorrem as sessões. Elas podem ocorrer em diferentes locais da casa, devendo ser orientado pelo terapeuta que, se possível, seja em um espaço reservado. No caso de João os atendimentos foram realizados ora no quarto, ora na sala da sua residência. Após a avaliação e a aceitação do acompanhamento psicológico, algumas regras foram estabelecidas para o andamento do tratamento. Mesmo realizando o atendimento em casa, combinamos o dia, o horário e o local do atendimento, o sigilo e a importância que falasse o que lhe viesse à cabeça. Conforme o combinado, semanalmente, dirigia-me a casa do João para a realização dos atendimentos. Na minha chegada, geralmente, era atendida por ele, quando estava sozinho, ou por um membro da família. Todos sempre se mostraram muito receptivos e preocupados em organizar e preservar o local do atendimento. Quando os encontros ocorriam no quarto, já na minha chegada, me encaminhavam para lá dizendo que João estava a minha espera. Havia, por parte da família e do próprio paciente, um movimento na preparação do espaço para o atendimento ao arrumarem a cadeira para eu sentar, ao fecharem a porta, ao desligar o rádio ou a TV, ficando, mesmo que implicitamente, entendido que naquele momento iniciava o atendimento.

Na maioria das vezes, o local das sessões foi escolhido pelo paciente e/ou familiares, como evidenciado na *sessão 13*, quando João, aguarda a terapeuta na sala, questionando se o atendimento poderia ocorrer ali. Nesta ocasião, de forma muito coloquial, por já estar na sala, ele pergunta se não seria melhor ficarmos ali mesmo. Ou, na *sessão 3*, quando a terapeuta, já na recepção, é encaminhada para o local do atendimento pelo familiar, ou seja, o quarto da filha. Este local é o eleito por João por ser amplo e mais reservado, em relação às outras peças da casa.

Outra característica relevante é que podem ocorrer interrupções, que fogem ao controle do terapeuta, pois o espaço existente é compartilhado por mais pessoas além do terapeuta-paciente. Como aconteceu na *sessão 3* quando a filha interrompe o atendimento, pedindo para entrar no quarto, pois esqueceu algo (exemplo a seguir); na *sessão 6*, quando o cachorro entra no quarto e a terapeuta tem que colocá-lo para fora e na *sessão 13*, quando, no meio da entrevista, o interfone toca e a sessão prossegue. Como relatado na *sessão 3*:

J- Mas no mais está tudo indo.

T- Tudo indo. Como assim?

J- Não sei. Estou mais acostumado.

Batem na porta. Ouço a esposa dizer J. Ficamos em silêncio e ele diz:

J- Bateram na porta.

T- Quer que eu abra?

J- Fica em silêncio como se afirmasse a pergunta.

T- Levanto-me e vou abrir a porta.

A filha pede desculpas e diz que esqueceu algo e veio buscar. A sessão acontece no quarto dela. Ela entra e ele diz

J- A Patrícia. passou de ano, mas passou ali.

A filha de saída diz

P- Pelo menos passei. Nunca fiquei um mês sem ir à aula.

J- Não foi um mês, foi uma semana. (responde J.)

A filha sai e ele continua

J- Me arrependi de ter contado para ela. Ela agora diz que é um mês e não foi um mês, foi uma semana. Eu nunca fui de me meter e ficar discutindo assunto com os outros, cada um tem a sua opinião. Sempre fui de ficar na minha. Fui suspenso por falar o que eu pensava.

Além disto, podem acontecer invasões no *setting*, como demonstrado na *sessão 6*, em que a esposa entra no quarto e questiona a terapeuta se João havia falado sobre a saída da fisioterapeuta. Situações de invasão no *setting* terapêutico como a relatada, estão presentes no atendimento psicológico domiciliar, exigindo da terapeuta uma delicada tarefa, ou seja, a de acolher a demanda da familiar, mas, sem que com isso haja a quebra do contrato de sigilo e confiança estabelecido com o paciente.

Além das interrupções apresentadas, outro aspecto diferencia esse *setting* do tradicional, ou seja, a possibilidade de alterações no contrato terapêutico inicial. Como expressado por João, na *sessão 4*, ao dizer: *“Hoje chegou mais cedo. Eu estava aqui vendo um desenho, o M., com muita paciência estava assistindo. É uma história engraçada.”*. Nesse caso a terapeuta chega antes do horário marcado para a sessão, fazendo com que as regras acordadas tivessem que ser resgatadas e revistas. A mudança de horário no atendimento psicológico domiciliar é mais freqüente, pois, diferente do consultório, o terapeuta é quem se desloca até a residência do paciente. Sendo assim, nem sempre ele consegue prever o que irá acontecer na sua trajetória.

Algumas vezes ocorrem intercorrências que fogem do seu controle como: o deslocamento do trânsito, o cancelamento dos pacientes que não estão em condições clínicas para o atendimento ou, ainda, o surgimento de uma situação de emergência, exigindo uma intervenção pontual como a chamada do socorro-médico ou o suporte para o familiar e/ou cuidador.

No PGC, os pacientes recebem a liberação para os atendimentos a partir de um plano de cuidados estabelecido pelo médico do programa, deve ser aprovado pelo o convênio de saúde em Brasília. No caso de João, por um período de um mês e meio, as sessões não foram autorizadas, sendo retomado o acompanhamento quando liberada a autorização (*sessão 9*). Assim, mesmo que contrário ao desejo do terapeuta e do paciente, o tratamento foi interrompido, existindo um descumprimento das combinações contratadas no tratamento. Porém, como coloca Pechansky (2005), as rupturas ocorridas no *setting* podem ativar o aparecimento e possibilitar o acesso a aspectos muito primitivos do paciente. Esta situação foi constatada na retomada dos atendimentos, *na sessão 9*, quando João, ao ser questionado sobre o seu sentimento, afirmou ter se sentido “*largado*”, dizendo “*(...) não interessa isso que tu vai fazer, porque ninguém vai ver, tu não vai andar de novo, não vai... então... pra que?*” Expressando que sem o olhar e o trabalho da equipe não havia mais sentido em se cuidar. “*A motivação foi lá pra baixo, auto-estima, tudo, tudo aquilo que eu estava, não que eu tivesse conseguido, mas tava conseguindo, ... tipo, parece uma estrada, asfaltam, depois toda esburacada, então não vai, não ia... ficava, era mais fácil, eu achava, mais fácil pra todo mundo... pra mim eu ficar na minha*”. Pôde-se constatar a manifestação do sentimento de abandono trazido por ele e a expressão de como se sentiu com a saída da equipe, como se tivesse se desintegrado, regredido, e, assim, voltando-se para si novamente numa relação de exclusão dos objetos. Contudo, a terapeuta intervém de forma a explorar os sentimentos despertados no paciente em razão da interrupção do tratamento, buscando, através do resgate do contrato, diminuir a ansiedade e a sensação de abandono do paciente.

Como apresentado no caso de João, mesmo que tenham ocorrido interrupções e interferências no *setting* terapêutico, a condução da terapeuta em reconhecê-las, integrando ao processo terapêutico interpretando os acontecimentos ocorridos, foi fundamental para o desenvolvimento e preservação do tratamento. Portanto, no atendimento psicológico domiciliar o terapeuta está mais sujeito a imprevistos ou acontecimentos que fogem ao seu comando, o que faz com que a preservação do

setting terapêutico seja constantemente posta à prova. Entretanto, a integração da experiência e a interpretação do significado da interrupção são fundamentais para a manutenção do *setting*.

Entende-se que o *setting* tem uma função primordial nesta modalidade de atendimento, pois é a partir da preservação do mesmo que se cria um espaço terapêutico, onde o terapeuta, a partir de suas intervenções, ajudará o paciente a rever e modificar aspectos do seu mundo interno. É a sua delimitação que possibilitará a diferenciação entre um acompanhamento psicológico psicoterápico de visitas domiciliares, que, como sabemos, também tem um cunho terapêutico. Pode-se dizer que o sucesso do trabalho terapêutico depende da avaliação do profissional sobre a demanda e a motivação do paciente para tal, do estabelecimento do contrato e da construção e preservação do *setting* terapêutico.

Acredita-se que, apesar do *setting* ocorrer na casa do paciente, este não deixa de cumprir as suas funções. Ou seja, a de estabelecer o aporte da realidade exterior com suas privações e frustrações, contribuindo para o predomínio do princípio de realidade sobre o do prazer, ajudando a delimitar entre o eu e os outros e auxiliando na capacidade de diferenciação, separação e individuação (Zimmerman, 1999). Neste sentido, a função e preservação do *setting* terapêutico estão associadas às questões técnicas da psicoterapia psicanalítica. Por entender que o método da psicoterapia psicanalítica é composto por três elementos: a neutralidade técnica, a interpretação e a análise de transferência (Kernberg, 2003), estas categorias foram estabelecidas para a compreensão do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar. Assim, foram analisados os seguintes aspectos relacionados à técnica: neutralidade, intervenções e campo terapêutico.

Técnica

Neutralidade

Assim como o *setting* terapêutico, que apresenta características peculiares no atendimento psicológico domiciliar, os aspectos relacionados à técnica e a relação entre a dupla terapeuta-paciente também mereceram um maior aprofundamento e reflexão. O terapeuta ao entrar na casa do paciente para o atendimento participa mais diretamente da intimidade da vida do mesmo e do seu cotidiano, fazendo com que algumas reflexões sobre a técnica sejam necessárias.

Eizirik (1993) propõe um conceito bastante amplo de neutralidade afirmando que esta é a posição emocional e comportamental do analista, onde ele observa, com certa empatia, o material do paciente e a sua transferência, a si próprio, seus valores e sentimentos, expectativas do meio externo e as teoria(s) psicanalítica(s). Tal posição não implica em ausência de espontaneidade ou naturalidade, mas no reconhecimento de que a manutenção de certa distância nos permite um contato mais profundo com o mundo interno do paciente, com o objetivo de atingir os fins terapêuticos a que nos propomos. A neutralidade se refere à atitude do analista e não à eliminação de sentimentos em relação ao paciente. Na psicoterapia psicanalítica, ela é um estado ideal de trabalho, mas que muitas vezes é abandonado com a finalidade de preservar a relação, sendo resgatado através da interpretação (Kernberg, 2003).

Percebe-se que a entrada do terapeuta na casa do paciente favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima entre ambos. Nesse sentido, a postura do terapeuta é posta à prova a todo o momento, exigindo por parte do mesmo uma constante reflexão acerca do seu posicionamento na relação. No caso de João, verificou-se que a terapeuta manteve uma postura neutra na maioria das *sessões*⁶, preservando um estado ideal de distância, favorecendo a livre associação do paciente, o contato com o mundo interno do mesmo, as intervenções realizadas, atingindo, assim, os objetivos terapêuticos propostos. Porém, algumas características presentes nesse tipo de acompanhamento, contribuem para uma mudança na postura da terapeuta, colocando em questão o conceito de neutralidade.

Nas *sessões 3 e 5*, pode-se observar uma postura mais ativa por parte da mesma, ao se oferecer, na primeira, por exemplo, para ajudar ao paciente sentar e, na outra, ao tomar a iniciativa de arrumar o tapete para o paciente passar. Ou, como ocorreu na *sessão 11* que João pede para a terapeuta ajudá-lo a sentar e segurar o andador, atendendo, assim, ao pedido do mesmo.

Estas situações, em que o terapeuta age de forma a auxiliar o paciente diretamente nas suas necessidades, podem ocorrer no atendimento domiciliar justamente por eles apresentarem algum grau de limitação e necessitarem de auxílio. Assim, a terapeuta, em algumas circunstâncias, abandonou uma posição de escuta, ajudando o paciente de forma concreta. Entretanto, a postura mais ativa da terapeuta não prejudicou o processo terapêutico, ao contrário, favoreceu o estabelecimento da

⁶ Sessões 1, 2, 6, 7, 9, 10, 12 e 15.

aliança terapêutica e a compreensão do mundo interno do paciente, suas defesas e fantasias.

Neste sentido, as ações descritas anteriormente não são entendidas como um abandono da neutralidade, mas como uma fonte de informação e recurso para melhor compreensão do paciente, ou seja, como fonte de acesso ao seu inconsciente, além de ser uma forma de o paciente comunicar o que passa na sua mente. Como no caso de João, a terapeuta ao auxiliá-lo, pôde observar o seu comportamento e a sua reação ao receber ajuda e compreender melhor o seu funcionamento emocional. Além disto, favoreceu o estabelecimento do vínculo, possibilitando ao João experimentar uma vivência diferente das referidas (significadas) por ele com as suas figuras objetais primárias. Sendo assim, como afirmado por Kernberg (2003), às vezes, na psicoterapia psicanalítica, a neutralidade é abandonada para o benefício da relação, sendo resgatada posteriormente com a interpretação.

Diferentemente do que acontece nos atendimentos realizados no consultório privado, o terapeuta, ao entrar na casa do paciente, passa a fazer parte de forma mais concreta tanto da vida e da rotina de atividades realizadas por ele. A relação entre ambos torna-se mais estreita, fazendo com que o paciente se sinta mais a vontade para questionar o terapeuta sobre a sua vida pessoal ou conversar alguma questão do cotidiano durante o atendimento. Sendo assim, esta relação mais íntima faz com que a postura neutra do terapeuta seja colocada em cheque constantemente. Estas situações podem ser evidenciadas tanto na *sessão 4* quando João pergunta: “*Tu não vais tirar férias?*” ou “*Tu vai passar o Ano Novo aqui?*”, como na *sessão 8*, em que pergunta: “*Vai para praia?*”. Observa-se que nos dois casos, a terapeuta ao responder as perguntas de João, abandonou a neutralidade técnica, satisfazendo (gratificando) o desejo do mesmo.

Ou como aparece na *sessão 14*, quando João comenta sobre uma notícia que estava assistindo antes da terapeuta chegar.

J- Mas impressionante é que morreram 26 pessoas, mas não é por isso, é que teve um acidente, aí, depois de uma hora e pouca veio um outro caminhão, uma hora e pouco, veio o caminhão e esse sim ahh... levou todo mundo. Então tinha repórter, gente da saúde, polícia, curiosos. Levou todo mundo.

T- Que loucura, não é.

J- Pô.

T- Mas, um horror. Eu vi a foto na Zero Hora...

J- Que é isso. O cara tinha 28 anos, não tinha experiência com caminhão, levou todo mundo.

T- Loucura.

J- Que loucura. Imagina, já teve o acidente, aí tu estás trabalhando, aí tu olha pro lado vem o caminhão Que isso!

T- Que pavor, né.

J- Porra.

T- Horrível. Eu nem li a reportagem, eu só vi a fotografia.

J- Tava... ahh... vendo a televisão, só que a televisão tava assim, é..., hora é um número de morte, hora é outro, aí eu tava ouvindo o rádio antes de tu chegar. Então, digo, porque está toda hora dando.

T- E o que tu pensaste em relação a isso.

Entretanto, mesmo assim, a terapeuta procurou manter as regras propostas pela técnica psicanalítica, incentivando a associação livre do paciente, explorando seus sentimentos, fantasias e pensamentos, procurando interpretar os conteúdos trazidos nas sessões. Sua atitude, então, possibilitou a preservação da relação terapêutica, sendo a neutralidade resgatada com as intervenções realizadas.

No caso do acompanhamento domiciliar, constatou-se que, muitas vezes, é através da relação com o terapeuta que o paciente mantém contato com o mundo externo. Por isso, nem sempre o conteúdo geral trazido nas sessões pode ser entendido como uma resistência ao trabalho. Algumas vezes, ele é a forma que o paciente tem de se comunicar e se conectar com o que acontece no mundo lá fora. João apresentava esta necessidade ao trazer temas como: o clima, as notícias que ouvia no rádio e até as perguntas sobre os planos da terapeuta.

Situações como as apresentadas são bastante freqüentes no atendimento psicológico domiciliar. Neste caso a habilidade do terapeuta em manter a neutralidade, sem tornar-se frio e distante, procurando compreender o significado do pedido ou da necessidade daquele paciente, é condição fundamental para a preservação da relação e do processo terapêutico. Mais importante que responder as curiosidades trazidas pelos pacientes, é poder entender os seus significados e procurar explorar e penetrar nesse espaço oculto, isto é, nas fantasias presentes na mente dos mesmos. Dependendo, então, da postura do terapeuta, o tratamento poderá desvirtuar-se ou não, tornando-se mais uma visita domiciliar do que um tratamento psicoterápico.

Então, os fenômenos antes considerados como prejudiciais a terapia, atualmente são considerados importantes fontes de informações e recursos para uma melhor compreensão do paciente, ou seja, como fonte de acesso do seu inconsciente, além de ser um meio pelo qual esse encontra para comunicar o que se passa em sua mente. Dessa maneira, o terapeuta, ao adotar uma postura empática e receptiva em relação ao paciente, poderá ser mais eficaz em suas interpretações, ajudando o mesmo a superar o seu sofrimento.

Assim como o conceito de neutralidade no atendimento psicológico domiciliar, outras questões referentes às intervenções e à relação terapeuta-paciente puderam ser analisadas.

Intervenções

A terapeuta ao chegar na residência do paciente, comumente, aguardava a “organização” do *setting*, e, ao sentar-se, procurava colocar-se numa postura de ouvinte, deixando espaço para o paciente trazer livremente o material para a sessão. Procurava manter, no *setting*, as regras fundamentais propostas pela psicanálise, ou seja, a associação livre de idéias, a abstinência, a neutralidade, a atenção livre e flutuante e o amor à verdade. Como pode ser observado, em nenhuma das sessões analisadas ocorreu de a terapeuta propor algum tema a ser discutido previamente ou estabelecer com o paciente as questões a serem trabalhadas. Mesmo que o encaminhamento da médica (ou da equipe) apontasse alguma hipótese diagnóstica, a terapeuta procurou manter uma postura de escuta, deixando-se, como indicava Freud, cegar-se artificialmente para ver melhor o que se passa com o paciente (Zimerman, 1999, p. 296). O conteúdo trazido nas sessões era material produzido livremente pelo paciente, que refletiam diferentes aspectos da sua história, da sua situação atual, das fantasias e representações da doença, bem como do seu funcionamento mental, com as suas angústias e defesas.

Como apontado por Kernberg (2003), na psicoterapia psicanalítica o ponto central das intervenções é a articulação entre a realidade externa do paciente e os desenvolvimentos transferências. Assim, a clarificação e a confrontação têm uma predominância maior nessa modalidade de tratamento do que a interpretação em si. Enquanto que na psicanálise a interpretação está voltada para a análise de transferência e para os significados inconscientes reativados ali com as relações objetais primitivas,

na psicoterapia psicanalítica as interpretações estão mais voltadas para as vivências do aqui e agora.

Na análise das entrevistas de João foi constatado que a terapeuta utilizou diferentes tipos de intervenções, desde “atividades interpretativas” até as “interpretações propriamente ditas” (Zimerman, 1999, p. 383). Entende-se como “atividades interpretativas” os recursos utilizados pelo o analista como: interpretações extratransferenciais, a valorização da realidade exterior do paciente, a confrontação, a clarificação, a utilização de perguntas indagatórias para promover a abertura de novos vértices e instigar o paciente ao exercício da capacidade de *pensar*. E, como ‘interpretação’, as intervenções que visam tornar consciente o conflito inconsciente, com as respectivas pulsões, ansiedades e defesas, reproduzidas transferencialmente no *campo analítico* (Zimerman, 1999, p. 383).

Estiveram presentes em todas as sessões tanto as *atividades interpretativas* como as *interpretações* propriamente ditas; sendo utilizadas pela terapeuta a partir do material produzido nos encontros e do andamento do processo analítico. Porém, verificou-se que as primeiras estiveram mais presentes, já que, na psicoterapia psicanalítica o objetivo não é recriar a neurose transferência. Assim, o uso das interpretações transferenciais é mais para remover as resistências e ajudar o paciente a compreender e resolver os seus conflitos (Soares, 2005).

Na *sessão 4*, por exemplo, pode-se verificar a presença de intervenções exploratórias, quando a terapeuta, no início da sessão, através do *silêncio*, favorece a livre associação do paciente, o deixando trazer o que lhe viesse à cabeça, como segue:

Chego mais cedo para atendê-lo. Ele está me esperando na sala. Entro e cumprimento:

T- Oi, como vai?

J- Tudo bem... (pausa) na mesma.

T- Silêncio.

J- Tudo bem. Tá calor na rua?

T- Sim, está calor. Silêncio.

J- Hoje chegou mais cedo. Eu estava aqui vendo um desenho, o M., com muita paciência estava assistindo. É uma história engraçada.

T- Alguns pacientes desmarcaram então acabei antecipando o horário. Nesta época muitos pacientes estão de férias. O que pensaste sobre isto?

Outras intervenções foram identificadas no processo terapêutico, como a clarificação e a confrontação, que visam dirigir a atenção do paciente para elementos da sua experiência, do seu comportamento ou do seu pensamento, mas sem aprofundar o significado que há por trás deles. “São intervenções que tem por objetivo ajudar o paciente a ser mais introspectivo, “ligar” sentimentos com sintomas, mas sempre visando chegar a uma interpretação do material inconsciente que está reprimido” (Soares, 2005, p. 354).

Como aparece na *sessão 9*, em que a terapeuta e o paciente conversavam sobre o período em que ele ficou sem atendimento e, segundo seu relato, ficava dividido em fazer ou não os exercícios que fazia quando a equipe estava o atendendo, dizendo que “*não tinha para quem fazer*”, não tinha motivação. A terapeuta pergunta, buscando *clarear* o que era para João “*estar dividido*”, como apresentado no relato abaixo:

T- Motivação. Tu falas que estava dividido, como que era isso?

J- O dividido que eu falo é tipo parece dois pensamentos, um dizia que eu tinha que andar que fazer outro tipo, não interessa isso que tu vai fazer, porque ninguém vai ver, tu não vai andar de novo, não vai, então, pra que?

T- É como se tu não tivesse um objetivo então mais para que fazer...

J- É

T- E nem pra quem, pelo fato de tu sentir que tem pessoas que se importam contigo, querem o teu bem, te ajudam e que estão aqui para te ver melhor...

J- Me motiva, por exemplo, eu penso na motivação em questão da Patrícia, mas, aí eu pensei comigo, a Patrícia está crescendo, então, não tem porque, aí eu me afastei de novo da Patrícia.

E, na *sessão 12*, quando a terapeuta *confronta* João, questionando o seu pensamento sobre a relação com pessoas, que diz:

J- É, não, a mesma atitude dos outros eu também tinha, eu não tava nem aí. Mas eu não ahh, como é que eu vou dizer, eu não usava as pessoas, eu só não tava nem aí, porque eu não precisava.

T- Pelo menos é o que tu achavas?

J- Era o que eu achava.

T- Era o que tu achavas que tu não precisavas de ninguém, que tu mesmo te bastavas.

J- É.

T- E talvez a doença pode te proporcionar uma outra visão.

J- É me fez vê que é isso que me incomoda. Mas se não tivesse a Cecília, olha, não sei.

Pode-se dizer que a clarificação e a confrontação são intervenções preparatórias para a interpretação. Como coloca Kernberg (2003), a técnica da interpretação é entendida quando se realiza a clarificação da experiência consciente e pré-consciente do paciente, a confrontação do material trazido pelo paciente de forma verbal e o comportamento não verbal do mesmo e a interpretação do significado inconsciente no aqui - agora, como forma de acessar o significado do inconsciente lá e então.

Embora as intervenções dirigidas para a “parte consciente e pré-consciente” do paciente tenham sido uma constante, pois ajudavam no desenvolvimento ou aprimoramento das funções egóicas do mesmo, como a capacidade de *pensar* suas experiências emocionais ou se deparar e lidar com as verdades penosas, as interpretações extratransferenciais e transferenciais também se fizeram presentes. As interpretações extratransferenciais ligam conflitos atuais com conflitos do passado, geralmente com pais ou irmãos, e as interpretações transferenciais são quando os conflitos primitivos são revividos com o próprio terapeuta (Soares, 2005).

Na *sessão 4* aparecem intervenções transferenciais e extratransferenciais, como apresentado no trecho a seguir, em que João, ao falar de suas férias, diz que era bom ficar sozinho, não depender de ninguém, não ter que falar com ninguém, mostrando a sua dificuldade em estabelecer vínculo, se relacionar, sentir-se dependente das pessoas. A terapeuta, ao entender que essa dificuldade também aparecia na relação entre eles, no compromisso com o tratamento, pois tinha que esperar por ela, falar durante os encontros, vendo-se dependente, procurou explorar, através da intervenção transferencial, esses conflitos apresentados por ele.

No próprio trabalho terapêutico podem-se perceber mudanças nas relações de João, pois, como aparece no material relatado, ele apresentava um funcionamento narcisista, centrado em si mesmo, não reconhecendo a existência do outro. Com a evolução do tratamento, passou a reconhecer a presença dos outros, como manifestado

no seu relato ao colocar sobre a importância da equipe e da terapeuta na sua vida, dizendo sentir-se apoiado e estimulado pelas mesmas.

J- Lembro de quando eu comecei a trabalhar, pegava uma mochila e me mandava para a praia. Ia para o farol da Marta, um fim de mundo.

T- Sozinho?

J- Sim, diziam que lá.. Eu alugava uma cabana de pescador, não tinha nem banheiro, que coisa boa. Ficava lá, tomava banho em baixo, a gente pagava para usar o banheiro. Conhecia algumas pessoas, mas falava estou ali e pronto. Nunca fui de me envolver. Não gostava de ter que depender de ninguém. Eu trabalhava, tinha a minha grana.

T- Falas como não gosta de depender de ninguém. Como te sentes em relação a mim, ao tratamento, dependes do horário que eu venho. Não és tu que determina as coisas.

J- Eu fico fazendo os exercícios em outros dias também. Por exemplo, a Mara (fono) vem, mas eu fico fazendo aquilo que ela me passa nos outros dias também. Assim como a Aline. Eu fico aqui fazendo aquilo que elas me passaram. Isto me ocupa e me dá disposição, me sinto bem fazendo.

T- É como se nós te trouxéssemos coisas boas, como se fossemos o contato com o mundo lá fora.

J- É eu sempre pergunto como é que está o tempo, se está calor. Assim como quando eu assisto TV. Estava vendo um programa que mostrava as ruas, fico viajando, imaginando como é.

Esta situação pode ser verificada também na *sessão 8*, quando João afirmou que não gostava quando perguntavam sobre a sua vida, mas, ao mesmo tempo, demonstrava estar vinculado com a terapeuta e com a equipe técnica dizendo:

J- Se tem alguém que eu tenho que dizer as coisas é para ti, para a Joana (fisio), para Dr^a. Cintia, para a Mara., vocês que vem me ajudando a melhorar. Eu sempre fui assim. Eu sempre fui de ficar na minha, não falava sobre a minha vida. Já chegava brincando, para as pessoas não perguntarem.

T- Não falava de ti por ter medo de te tornar um chato?

J- Acho que ninguém quer ouvir ninguém.

T- Será que pelo fato de não te sentires ouvido na tua casa pela tua mãe, não ficastes com esta sensação que ninguém quer ouvir falares da tua vida.

J- A única pessoa que eu converso é contigo. Nunca fui de falar sobre as minhas coisas. Acho isto feio.

T- Parece que por te sentir mais seguro, sentir que estou aqui para te ajudar, ter um espaço teu, sente-se melhor para falar das tuas coisas.

Na *sessão 14*, por exemplo, quando o paciente falou sobre o relacionamento com Cecília e sobre a notícia da sua gravidez (situação atual), a terapeuta, através da interpretação extratransferencial, pode explorar os conflitos que João apresentava em relação à figura paterna, medo do abandono e do não reconhecimento.

T- Como é que foi?

J- Foi boa. Mas no começo eu não queria. Porque eu achava que aquilo... ah... Sempre levei e levo a gravidez a sério. Eu tenho um termo *‘pai bar’*, não quero ser um. Nunca fui. Pai bar, não. Eu pegava no pé dos caras que tem um monte de filhos, mas não é pai de nenhum. Dei o nome para eles de *‘pai bar’*.

T- Talvez, tu tinhas medo que acontecesse...

J- O mesmo que aconteceu comigo.

T- Que aconteceu contigo.

J- É. Eu não ia. Aí quando veio a Patrícia parece que mudou... Eu fiquei mais na minha.

T- Como assim mais na tua?

J- Eu dizia pra um amigo meu que se tivesse 10 reais, tu tinha que levar pra casa 6, 4 tu até gastava, e antes é uma coisa que...

T- Tu só tinhas que pensar em ti?

J- É.

T- E essa é uma característica tua, tu sempre te colocou em primeiro lugar.

J- É. Porque olhava pra trás e não tinha ninguém, só eu.

Conforme algumas situações apresentadas foram utilizadas tanto intervenções interpretativas como interpretações voltadas para os mecanismos de defesa e para as angústias, visando favorecer o amadurecimento e o fortalecimento egóico, assim como a integração das partes dissociadas do paciente. Verificou-se que, mesmo tratando-se

de um acompanhamento psicológico domiciliar, a observação e compreensão dos movimentos transferenciais do paciente foram uma constante preocupação da terapeuta, mantendo uma postura mais ativa em alguns momentos e mais neutra em outros.

As interpretações realizadas no processo terapêutico estão de acordo com as mudanças ocorridas na psicanálise contemporânea, onde o paradigma da vincularidade tem destaque. O paciente deixa de estar no lugar de quem traz o material (associação livre) e o terapeuta de quem decodifica e interpreta, entendendo, assim, que cada um do par analítico influencia e é influenciado pelo outro.

Campo terapêutico (postura terapeuta):

Na psicanálise contemporânea, o analista não só observa e interpreta o que percebe no paciente, mas inclui os dados provenientes da sua observação a cerca de si mesmo, de suas reações emocionais e da possível conexão destas com o que existe no mundo interno do paciente, utilizando a contratransferência como um instrumento de observação. O ideal a ser atingido, portanto, é o da observação da subjetividade de paciente e analista (Eizirik, 2000, p. 711-12).

Pode-se dizer que a partir de estudos e da introdução de novos conceitos, como o da identificação projetiva e da contratransferência, foi-se gradualmente incluindo a mente do analista e reconhecendo a sua participação no processo analítico. Há, então, um abandono da objetividade. O ideal a ser alcançado, portanto, é o reconhecimento e a busca dos significados emergentes da situação intersubjetiva do par analítico.

Como afirmam Zaslavsky e Santos (2005), o que era uma psicologia de *um* passa a ser uma psicologia do vínculo que une *dois*. Sendo assim, o aspecto relacional ou vincular passa a ser uma das características da psicanálise contemporânea. “O encontro analítico passou a ser observado e estudado como uma relação que produz um impacto emocional mútuo, no qual ocorrem trocas de informações, ou seja, comunicações, em nível verbal e não-verbal, intencionais ou não” (Zaslavsky & Santos, 2005, p. 295).

Sendo assim, considera-se existência de um campo intersubjetivo dinâmico em que terapeuta e paciente não podem mais ser compreendidos separadamente. Pois, como coloca Bion, o analista entra em cena não mais como um mero observador e

tradutor da vida mental do paciente, mas contribui com a sua própria vida mental às ocorrências dentro da sessão, sendo um dos fatores constituintes das transformações que ali ocorrem (Favalli, 2005, p. 144).

Contudo, para que o campo terapêutico se estruture e a relação estabelecida entre a dupla tenha a conotação de tratamento psicoterápico algumas condições são necessárias. Considera-se ser indispensável a manutenção da estabilidade do *setting*, cabendo ao analisando a tarefa de associar livremente e ao terapeuta escutar, tentar integrar elementos vivenciados e interpretá-los, mantendo uma postura que preserve a assimetria e a abstinência.

Neste sentido, verificou-se que, durante o processo psicoterápico de João, tanto a postura do paciente quanto a da terapeuta contribuíram para a construção do campo terapêutico. Pode-se dizer que a atitude do paciente de aguardar a terapeuta fisicamente, assim como, o fato de trazer livremente conteúdos ligados as representações internas dos seus pensamentos, afetos e reflexões sobre seu comportamento, favoreceu a construção do espaço terapêutico (campo terapêutico), no qual o mesmo pode reviver e elaborar suas experiências através da relação com o terapeuta. E, este último, na medida em que demonstrou disponibilidade, flexibilidade e habilidade, e manteve uma postura de “ouvinte”, procurando estabelecer uma postura empática perante o material trazido pelo paciente, explorando os aspectos com vistas a favorecer a compreensão do funcionamento psíquico do mesmo, também contribuiu para essa construção.

Nos atendimentos de João, fica bem clara a presença da terapeuta no processo terapêutico e a relação estabelecida entre a dupla. Como na *sessão 9*, quando assim como o paciente a terapeuta apresentava-se envolvida na questão da interrupção do tratamento, procurando analisar os sentimentos despertados tanto em si, como os suscitados no paciente pela situação. O sentimento de impotência, indignação trazido pelo paciente, de alguma forma refletia os sentimentos da terapeuta ao se sentir também desta forma em relação a interrupção do tratamento.

J- Mas a Médica e a Enfermeira estiveram aqui e aí falaram que eu participava, que o Programa tinha se encerrado, no começo até que eu, até que, claro eu fiquei triste, mas com o tempo, aí depois, eu até falei com a Fisioterapeuta e com a Fonoaudióloga que eu ia continuar fazendo os exercícios, mas a

motivação é que foi embora, eu ficava dizendo pra mim daqui a um dia, mas a motivação...

T- Vamos conversar. Como é que foi, porque tu está dizendo, num primeiro momento a tua idéia era manter isso, manter tuas atividades, manter os exercícios.

J- Isso, manter os exercícios, mas é bom tu ter uma pessoa, um profissional do ramo que te indique o caminho, mas essa experiência de todo mundo sair me desmotivou

T- Como é que tu te sentiu?

J- Largado

T- Largado? Como se tu estivesse sido abandonado?

J- É! Largado.

Assim como na *sessão 14*, em que a terapeuta e o paciente falam do acidente ocorrido no dia anterior, noticiado na imprensa, sobre a imprudência das pessoas no trânsito, e, em seguida, João associa aquelas situações com a conduta que teve em relação a sua vida, a falta de cuidado que teve consigo, não se prevenindo, contraindo, assim, o HIV. Aparece a troca entre a dupla e os sentimentos despertados em ambos naquele encontro. A terapeuta demonstra seus sentimentos e emoções, porém nem por isso deixa de presidir o processo terapêutico, buscando explorar e relacionar o conteúdo trazido com a realidade psíquica do paciente.

J- (...) mais impressionante é que morreram 26 pessoas, mas não é por isso, é que teve um acidente, aí, depois de uma hora e pouca veio um outro caminhão, uma hora e pouco, veio o caminhão e esse sim ahh... levou todo mundo. Então tinha repórter, gente da saúde, polícia, curiosos. Levou todo mundo.

T- Que loucura, não é.

J- Pô.

T- Mas, um horror. Eu vi a foto na Zero Hora...

J- Que é isso. O cara tinha 28 anos, não tinha experiência com caminhão, levou todo mundo.

T- Bahh. Que loucura.

J- Que loucura. Imagina, já teve o acidente, aí tu estás trabalhando, aí tu olha pro lado caminhão vem. Que isso!

T- Que pavor, né.

J- Porra.

T- Coisa horrível. Eu nem li a reportagem, eu só vi a fotografia.

J- Tava... ahh... vendo a televisão, só que a televisão tava assim, é..., hora é um número de morte, hora é outro, aí eu tava ouvindo o rádio antes de tu chegar. Então, digo, porque está toda hora dando.

T- E o que tu pensaste em relação a isso.

J- A impunidade, de novo. (. . .)

Segue:

T- Sim. E o quanto, às vezes, a imprudência das pessoas...

J- A imprudência.

T- Coloca em risco a vida de outros.

J- Eu acho mais a imprudência.

T- E aí, assim, como lidar com isso. Como é difícil a gente, às vezes, lidar com esse sentimento de raiva, de indignação que nos dá, não é.

J- Sabe que nas estradas até que eu me cuidava bem, mas onde eu devia me cuidar, eu não me cuidei.

T- Ah.

J- Nas estradas da vida.

T- Vamos falar disso...

J- Nas estradas, eu me cuidava, não bebia. Eu ia legal, não corria. Eu era legal. Eu sou, era...era um motorista até bacana, ia quando podia. Mas, só aí.

Essa vivência intersubjetiva favorece um contato emocional mais genuíno com o paciente, possibilitando uma melhor compreensão do que se passa no mundo interno do mesmo, podendo, então, o terapeuta, a partir das intervenções, promover as mudanças psíquicas almejadas. Na medida em que o processo terapêutico com João foi se desenrolando, a história e dinâmica de seu funcionamento foram sendo compreendidas, como o modo que estabelecia as relações, independente e centrado em si mesmo; os mecanismos de defesas utilizados por ele, onipotência, dissociação e negação, além dos afetos e fantasias trazidos sobre a sua doença.

Com o trabalho psicoterápico estas questões puderam ser trabalhadas e algumas modificações identificadas, como por exemplo, no relacionamento com a equipe, a

quebra do pensamento onipotente, etc. Como pode ser evidenciado na *sessão 7*, quando ao conversarmos sobre a troca das fisioterapeutas, João manifestou o sentimento de abandono que sentia no atendimento da fisioterapeuta Ângela, e da necessidade que sentia de ter uma pessoa que lhe desse atenção e acolhesse:

J- A Ângela veio muito poucas vezes e ficava aérea, parecia não estar nem aí para o que estava fazendo. Depois entendi que ela não estava bem. Eu já não me sinto bem como estou, com alguém que não me incentiva, que parece que nem está aqui, fica com a cabeça longe, fico pior. Preciso de alguém que me ajude e que me incentive, senão fico pior.

T- Te sentiste abandonado?

J- Parecia que ela não estava conseguindo se concentrar no que estava fazendo. Eu perguntava as coisas para ela e ela estava com a cabeça longe. Ficava fazendo os exercícios sozinho. Então não precisava de ninguém.

Ou na *sessão 9*, ao falar da sua dificuldade de relacionar-se com as pessoas, de confiar

J- É, é, antes, já tinha conversado, me sentia tipo eu, muito eu, e agora eu.

T- Quase como auto-suficiente, tu te sentia forte, te sentia capaz, quase como inatingível.

J- Eu tava na rua e eu andava, não perguntava pra ninguém, porque ninguém me sustentava. Então, eu achava que se eu tivesse com sede, com fome, eu comia, eu bebia, ninguém dizia pra mim olha tu tem que comer isso ou aquilo, não quero. Mas, agora, eu sinto, assim, se eu ficar numa..., num espaço pequeno, eu fico, porque eu não consigo interagir com essas pessoas, não consigo me aceitar... assim como eu não consigo aceitar os outros, é difícil, eu vejo...

Os pacientes que recebem o acompanhamento psicológico domiciliar têm uma vida bastante limitada, pois apresentam seqüelas que os impossibilitam de levar uma vida “normal”. Muitas vezes, referem ter desejo de realizar alguma atividade ou tarefa, mas se vêem impossibilitados pela sua condição física. Esta situação desperta e mobiliza no terapeuta sentimentos contratransferenciais como impotência, “pena” pela sua condição e limitações, difíceis de manejar. Exige, do profissional, uma constante

reflexão, para que estes sentimentos e pensamentos não tomem conta, reforçando e conluindo com a parte doente do paciente, mas, ao contrário, ajudem ao terapeuta a compreender como este se sente, para poder ajudá-lo. No entanto, como dito anteriormente, os sentimentos contratransferenciais despertados não são um entrave para o processo psicoterápico desde que o terapeuta entenda-os como mais uma forma de compreender o que se passa com o paciente e consigo, para, então, intervir.

Cabe ressaltar que estas características específicas dos pacientes atendidos no domicílio exigem do terapeuta, em alguns momentos, uma postura mais flexível e tolerante, entendendo que aquele encontro é um dos poucos espaços que o paciente tem para conversar e trazer situações observadas por ele do mundo externo. Muitas vezes, é através do contato com o mesmo que o paciente se comunica com o mundo lá fora. O importante é que o terapeuta possa incluir esse material, para auxiliá-lo a compreender melhor o paciente e trabalhar os conflitos apresentados por ele. Isto fica explicitado nas sessões com João, em que o mesmo inicia a maioria delas com temas relacionados ao tempo, clima, assuntos que ouviu no rádio ou tv, observação sobre aparelho de gravação etc. Como aparece na *sessão 3*:

J- Como está calor. Acho que isto ajuda. (aquele dia estava muito quente)

T- Quer abrir a janela?

J- Já está aberta. Este apartamento é muito quente e está muito abafado. Ele é quente no verão e frio no inverno. É 8 ou 80.

T- 8 ou 80?

J- Mas no mais está tudo indo.

Como se pôde constatar, o atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas características que são específicas desta modalidade de atendimento e que o diferenciam dos atendimentos realizados nos consultórios privados. Assim, como apresentado no caso de João, algumas reflexões sobre o processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar também se fizeram presentes no material das sessões de Luciana. Verificou-se que alguns aspectos se repetem, entretanto, outros novos surgiram; possibilitando não só o enriquecimento do trabalho, como uma maior compreensão do objeto de estudo investigado, isto é, as peculiaridades do atendimento psicológico domiciliar a partir do referencial da psicanálise.

A seguir, apresenta-se a história clínica da paciente Luciana e das sessões terapêuticas realizadas, e, em seguida, a análise das entrevistas e das categorias analíticas propostas.

Luciana Caso 2

Luciana na ocasião do atendimento tinha 75 anos, viúva, mãe de três filhos, sendo dois homens e uma mulher. Há mais ou menos três meses Luciana ingressou no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) do seu convênio de saúde, por apresentar uma doença cardíaca grave e câncer de pulmão, faz uso de Oxigênio, estando impossibilitada de sair de casa.

Como acontece, normalmente, foi avaliada pela médica do programa, que encaminhou para avaliação psicológica devido a paciente apresentar um quadro de depressão. Então, após contato com a médica, liguei para a paciente para agendarmos o horário para a avaliação. No telefonema, a mesma mostrou-se receptiva para a visita, dizendo já ter ouvido falar no meu nome, mas perguntou se poderíamos marcar um horário mais tarde do oferecido, pois para ela o turno da manhã era ruim. Dormia muito tarde e demorava muito para levantar e não conseguia se arrumar cedo. Combinamos o horário e o dia do atendimento, e, conforme agendado, estava lá.

Quando cheguei para o primeiro encontro, tive a sensação que para elas (paciente e cuidadora) era como se eu já estivesse estado ali antes. A funcionária ao abrir a porta para mim encaminhou-me para o quarto, como se eu já soubesse onde ficava. Talvez, o fato de Luciana já estar sendo atendida pela médica, pela enfermeira e pela fisioterapeuta do programa, fez com que a entrada de um novo membro da equipe (terapeuta) não fosse considerada algo novo. A paciente, uma pessoa falante e comunicativa, logo de início mostrou-se receptiva ao acompanhamento, trazendo o que lhe incomodava mais, ou seja, seu sentimento de solidão, assim como aspectos da história de sua vida pregressa. Estabeleceu um bom vínculo com a terapeuta, que, colocou-se numa postura de escuta, contribuindo para o estabelecimento da aliança terapêutica no processo.

Luciana, apesar de apresentar queixas relacionadas as restrições trazidas pela doença e a dificuldade de se ver dependente, também trouxe questões sobre o relacionamento com seus filhos, o sentimento de abandono e as perdas que sofreu durante a sua vida. Neste sentido, levantou-se a hipótese de que a depressão apresentada por ela não estava relacionada somente com a sua doença e com as perdas

que estava vivendo naquele momento. E sim, que estava mais relacionada com o sentimento de solidão (expresso na primeira frase dita por ela - “*meu problema é solidão*”), com a sensação de abandono, com a necessidade de ter atenção, de não ser merecedora de afeto e da perda do controle das situações. Pois, como relatou, ficou viúva com 29 anos e, desde então, cuidou dos filhos sozinha. A partir do momento que se sentiu mais próxima da terapeuta, começou a relatar o seu “lado feio”, pois passou a se sentir mais segura e confiante de que não seria criticada. Trouxe situações da sua infância, o relacionamento com os pais, seus relacionamentos amorosos, a gravidez ainda solteira, a perda do marido e sua vida depois com os filhos.

Na medida em que a paciente mostrava-se mais vinculada com o tratamento, puderam ser trabalhados aspectos relativos à sua personalidade, o funcionamento psíquico da mesma, como os mecanismos de defesas utilizados por ela, sendo apontados e confrontados aspectos sobre sua postura em relação à vida. O nível de expectativa em relação às pessoas, a necessidade que tem de receber atenção, sua postura onipotente e controladora e o medo que sente de ser abandonada e rejeitada. Além disto, pode ser trabalhado o comportamento de vítima que apresentava em relação a sua vida, afirmando que sempre estava sendo explorada, mas, ao mesmo tempo, a contradição com a sua conduta, não conseguindo se posicionar nas situações e dar limite para o filho. Posteriormente, com o decorrer do processo terapêutico, pode-se entender que estas questões estavam ligadas ao fato de este filho ser de uma gravidez indesejada e de um relacionamento frustrado, o que fazia com que se sentisse em dívida com ele por causa disto. Conversamos sobre o assunto e Luciana conseguiu conversar com o Júlio (filho), o que ajudou a aproximá-los, melhorando a qualidade da relação entre eles e a participação dele nos cuidados para com ela. Assim, Luciana passou a se sentir mais cuidada e atendida nas suas necessidades, mostrando-se mais disposta e menos depressiva. Contudo, a evolução da doença foi piorando o seu estado clínico acarretando o cancelamento dos atendimentos frequentemente.

Neste momento, continuo acompanhando esta paciente, mas em função da sua dificuldade para o atendimento e o espaçamento das sessões, o tratamento está voltado mais para uma psicoterapia de apoio, com o objetivo de proporcionar suporte emocional nesta fase final da vida, do que uma psicoterapia propriamente.

Setting

Após o encaminhamento de Luciana pela médica para avaliação psicológica, a terapeuta entrou em contato telefônico com a mesma para a marcação do dia e do horário da consulta. Esta é uma característica peculiar nesta modalidade de atendimento, pois é o terapeuta que se dirige até a residência do paciente para o acompanhamento psicoterápico.

Conforme combinado, no dia e horário marcados a terapeuta estava lá para a avaliação. Na primeira sessão a paciente aguardava em seu quarto, e, quando a terapeuta chegou, foi recebida pela cuidadora, sendo encaminhada para o local que Luciana se encontrava. No atendimento psicológico domiciliar é importante observar o movimento tanto da família como do paciente para a construção do *setting*, pois, somos nós terapeutas que estamos chegando a residência, ou seja, no espaço íntimo e privado dos pacientes e familiares. Neste momento, pode-se verificar a receptividade dos mesmos para o atendimento, bem como a resistência apresentada por eles. Contudo, é importante ressaltar que, às vezes, os pacientes nunca receberam acompanhamento psicológico e, por isso, não têm idéia como as coisas acontecem. Cabe, então, ao profissional orientar e ajudar na construção de um *setting* favorável para a realização da terapia.

Como se pode observar no caso de Luciana, houve um movimento por parte dela para a construção do espaço terapêutico, quando, no início do encontro e apresentações, ela não permitiu a participação da neta no atendimento, apesar da sua curiosidade.

T- Sou Taís, a psicóloga do programa.

L- Muito prazer. A minha neta queria participar junto, conversar com a psicóloga, mas disse que não, que agente ia conversar só nós.

Assim, cabe ao terapeuta não só observar, mas contribuir para a construção do espaço terapêutico de forma a preservar o máximo das regras propostas, como um local onde possam ficar a sós, preservando as combinações e o próprio sigilo. Pode-se constatar que a terapeuta mostrou-se receptiva, favorecendo o enquadre e o estabelecimento do contrato com a Luciana, procurando combinar as regras do *setting* terapêutico, como explicitado no trecho a seguir:

T- Gostaria de combinar contigo um horário, não sei se sabes como as coisas funcionam?

L- Silêncio.

T- Nós temos uma sessão semanal e combinamos um horário e cada vez que eu venho tu tens que assinar a guia para as sessões. Estas sessões fazem parte do programa, assim como as da fisioterapia.

L- É, eu assino para a Joana (fisioterapeuta).

T- Bem, Luciana o que nós conversarmos vai ficar entre nós. Hoje foi nosso primeiro encontro e vamos continuar falando na semana que vem.

L- Não tem problema, pode falar com quem quiser, eu não tenho segredos. Converso com todo mundo, até com os meus vizinhos.

T- Bem, mas o que nós conversarmos vai ficar entre nós. Se tu quiseres falar para outras pessoas é um direito teu. Se for o caso ou qualquer modificação, se eu achar importante ter que conversar com teus familiares, nós vamos combinar antes.

Porém, o fato dos atendimentos ocorrerem no domicílio dos pacientes contribui para que, em algumas situações, aconteçam alterações ou interrupções no *setting* terapêutico, seja pela presença de um familiar ou cuidador, seja pelo toque do telefone, etc. Estas situações puderam ser constatadas durante o acompanhamento psicoterápico de Luciana, pois, em algumas *sessões*⁷, o *setting* foi interferido por um episódio externo, como o toque do telefone nas *sessões 10 e 12*, a entrada de outro no atendimento, como nas *sessões 3, 5, e 13*. Contudo, verificou-se que as interferências nem sempre acarretam prejuízo no processo terapêutico, podendo, inclusive, dependendo da postura do terapeuta, vir a contribuir para o mesmo. Estas questões podem ser constatadas nas *sessões 10 e 12*, por exemplo, que, mesmo com o telefone tocando, a paciente continuou a associar livremente, sem alterar o curso da sessão. Assim como, na *sessão 3*, pode-se verificar que a condução da terapeuta frente à alteração do *setting* foi importante para o fortalecimento da relação terapeuta-paciente e o conhecimento do funcionamento da mesma. Como segue: a paciente estava à espera da terapeuta na sala, onde a cuidadora (Maria.) estava também. No início da entrevista, Luciana faz um comentário para a terapeuta quando ela está deixando as suas coisas para cumprimentá-la, dirigindo-se para a cuidadora, questionando-a sobre o fato.

⁷ Sessões 3, 5, 10,12 e 13.

L- Como tá magrinha. É muito magrinha.

T- Magrinha?

L- Está muito magrinha. Tu comes bem? Se não tens que vir aqui para casa para engordar um pouquinho. Aqui todo mundo engorda.

Olha para empregada que está na sala.- Não é Maria ?

M- É bem assim.

L- A minha neta que estava aqui durante as férias, agora vem a outra, eu sempre procuro fazer as coisas boas, aquilo que elas gostam. Não falta nada. Sabes quantas tortas ela comeu?

T- Não

A terapeuta aguarda a empregada sair da sala para abordar questões mais reservadas da paciente, como o cancelamento da sessão anterior.

A situação apresentada faz-se presente nos atendimentos domiciliares, exigindo do terapeuta cautela e flexibilidade na condução da situação para que o andamento do tratamento não fique prejudicado. O procedimento da terapeuta em observar o comportamento da paciente e da cuidadora, avaliando a necessidade de alguma intervenção para a preservação do *setting*, assim como, a atitude de aguardar a saída de Maria para indagar a paciente sobre o cancelamento da sessão anterior, foi fundamental tanto para a observação de Luciana no tratamento, como para o fortalecimento da aliança terapêutica.

Outra questão peculiar ao atendimento domiciliar é que quando se ingressa na casa dos pacientes, entra-se em contato direta ou indiretamente com informações, com pessoas, com dados, que, comumente, no atendimento privado de consultório não se tem acesso, salvo pelo discurso do paciente. Deparamos-nos com informações que nem sempre são reveladas por eles, mas que se manifestam através da organização da casa, das fotografias expostas, dos objetos, pois são representantes do seu funcionamento. No entanto, como estes não são dados trazidos por eles, é indicado que o terapeuta não inclua estes conteúdos apreendidos nas suas intervenções. Deve-se utilizá-los para compreender e favorecer o processo de conscientização, de transformação e de crescimento dos sujeitos em tratamento.

Por outro lado, algumas vezes, os pacientes utilizam outros meios para comunicar aspectos do seu mundo interno, e que, se bem explorados pelo terapeuta,

podem contribuir no processo terapêutico. Como ocorreu na *sessão 8*, quando a paciente relatava sobre como era tratada por ser mãe solteira e da entrada do segundo marido em sua vida, e pede para a terapeuta ir até o outro quarto olhar a foto do mesmo. O pedido de Luciana demonstrava tanto um movimento de aproximação na relação, como de permissão de acesso ao seu mundo interno. A terapeuta entendendo o movimento da paciente atendeu seu pedido, explorando o material trazido posteriormente. Houve, assim, um benefício no estabelecimento da relação terapêutica, na medida em que a paciente sentiu-se compreendida e aceita pela própria terapeuta, como não sentia em suas relações.

L- Ah. E eu não era companhia pra ninguém.... aquela época.

T- Tu passou a ser rejeitada...

L- Com aquele nome...

T- Por ser considerada uma vagabunda ou...

L- Puta.

T- Puta?.

L- Puta.

T- Mais isso era dito ou tu sentias isso?

L- Não, às vezes era dito assim, mais eu tinha uma tia que falou uma pessoa maravilhosa, irmão do meu pai. Ela sempre me dizia assim: Tu vai encontrar um homem bom que vai dá... Que vai te dá mais filhos. Foi a época feliz da minha vida.

Diz para eu olhar foto marido no outro quarto.

T- Esta fechada a porta?

L- Tá fechada por causa do cachorro.

Sendo assim, passa-se a fazer parte do cotidiano e da rotina diária dos pacientes. Este fato diferencia a relação terapeuta-paciente, pois favorece o estreitamento e a intimidade maior entre a dupla, diferenciando a relação terapeuta-paciente construída no consultório privado. Muitas vezes, os pacientes ou familiares convidam o terapeuta para uma refeição, oferecem algo para beber ou comer, procuram incluir o terapeuta dentro da sua vida diária, já que sentem que o mesmo participa de forma real e concreta da sua vida. Neste sentido, a preservação do *setting* pode ser afetada e o propósito do tratamento desvirtuado. O limiar entre o espaço terapêutico e a

casa do paciente é algo muito tênue, entretanto, fundamental para a diferenciação do processo terapêutico de uma visita domiciliar.

Então, esta situação exige do terapeuta firmeza, habilidade e flexibilidade, e principalmente, uma atitude compreensiva sobre o significado do convite, para depois intervir. Na *sessão 10*, por exemplo, Luciana oferece a terapeuta algo para beber durante a entrevista, como forma de retribuir o que vem recebendo, representado através da fala do seu sentimento sobre a visita filho. Contudo, este episódio não interferiu na atitude da terapeuta em interpretar o material trazido pela paciente.

L- Me dá alegria quando ele chega, por que... Ele chega, ele brinca, ele diz uma bobagem, uma coisa, outra coisa, sabe.

T- Parece que isto aproximou vocês.

L- Então, a gente come em paz, e... Meu amor tu não queres uma água?

T- Não.

L- Uma Coca?

T- Obrigada sai a pouco da mesa....É que uma coisa que chama a atenção parece que vocês dois estavam numa posição bastante defensiva. Na verdade os dois estavam precisando de que... de carinho, de atenção e... E aí, eu acho que não sei me ocorre até que fantasias, que coisas que acabavam passando na cabeça dele em relação a ti, até isto que tu está dizendo de ele ser um filho desejado, de ser um filho amado, de ele precisar ouvir isso de ti.

Neste sentido, é importante que o terapeuta esteja atento ao significado do convite ou da oferta feita pelo paciente, pois este pode estar apenas cumprindo uma convenção social, isto é, uma atitude que, normalmente, tomamos quando recebemos pessoas na nossa casa ou pode ser objeto de informações. Também, esse pode ser compreendido, como uma tentativa de aproximação do paciente, uma forma de o mesmo obter o controle sobre a situação, um desvirtuamento do tratamento, etc. Por isto, cabe ao terapeuta a manutenção de uma postura flexível, mas, sem que com isto, seja perdido o objetivo e o foco do atendimento.

Técnica

Neutralidade

Os pacientes que recebem o atendimento psicológico domiciliar têm uma doença grave ou apresentam um quadro crônico, que os impossibilitam de se locomoverem até

o consultório. Pode-se dizer que esta situação mobiliza tanto na equipe profissional como no terapeuta sentimentos contratransferenciais diversos, às vezes, difíceis de manejar. Normalmente, o encaminhamento para a psicóloga tem como causa a depressão ou a dificuldade no manejo com o paciente.

Como relatado na sua história, Luciana apresenta um quadro clínico com sintomas e limitações graves, com muita falta de ar e dificuldades para falar. Por esta razão, algumas sessões acabavam sendo desmarcadas, interferindo no curso do tratamento. O fato de os pacientes apresentarem uma condição restrita e limitada provoca no terapeuta sentimentos contratransferenciais que ajudam a compreender melhor o que se passa com eles. Muitas vezes, se é acometido por sentimentos de pena, de impotência, de paralisia que, nada mais são que o reflexo de como eles mesmos se sentem.

Em alguns momentos do atendimento da paciente, a terapeuta viu-se mobilizada por sentimentos desta ordem, ficando contratransferenciada com a mesma. Como ocorreu na *sessão 2*, por exemplo, quando a paciente relata situações de maus tratos e abandono do genro e da filha ao ser internada em um hospital público em Montevideu, sem recurso e cuidado, *‘Lá o hospital público é horrível. Eles não dão nem roupa de cama, nem toalha, tem que levar copo e comida. Me levaram e fiquei lá sem nada’*, O relato da paciente provocou sentimentos de pena que, inevitavelmente, interferiram nas intervenções da terapeuta. Apesar disto, a mesma buscou manter uma postura empática frente ao conteúdo trazido, colocando-se no lugar da paciente, mas, ao mesmo tempo, mantendo uma postura neutra e de escuta, explorando o que era relatado por ela para uma melhor compreensão do caso.

Na *sessão 13*, um dos temas trabalhados foi a preparação das netas de Luciana para a sua morte. Em determinado momento do atendimento, ela questiona a terapeuta sobre o que fazer nesse sentido. E a terapeuta, mobilizada por sentimentos contratransferenciais, (angústia, e paralisia) projetados pela paciente, responde as questões, sem reconhecer que os mesmos eram um sinal de como a mesma se sentia, além de evidenciar as defesas utilizadas por ela (projeção, dissociação, negação). Embora, ao responder as perguntas, a intenção da terapeuta tenha sido preservar também a aliança terapêutica estabelecida no tratamento, já que a paciente mostrava-se bastante defensiva, constatou-se que o material trazido poderia ter sido mais explorado no seu conteúdo.

T- Como é que tu te sentes em falar isto com elas?

L- Eu acho assim... Eu não quero que ela (pausa) que sejam aquelas crianças, por exemplo, a Livia (neta)... que todas as duas são muito nervosas. A Livia já teve que ir ao psicólogo por eu estar doente, tá. Então, acho que é uma coisa que tem que ser preparada. Tu não achas? Não sei... Me dá tua opinião, tu que é uma profissional. Eu penso assim, acredito, mas eu posso está errada, a gente não acerta todas, né?

T- Então, eu acho assim... a questão é como fazer isso. Tu está dizendo que ela já tem um histórico se ser uma criança mais preocupada, né.

L- De afetar, inclusive, o estudo dela.

T- Pois é. Ah, Eu sei assim que talvez uma idéia de tu introduzir o assunto de uma forma, Falar nesse assunto sempre... não tem muito como não ser meio direto assim, ninguém fica falando de doença.

L- Pode ser contar uma historinha.

T- Mas tu, eu acho assim... tu poder até observar como é que ela reage. Qual é a percepção dela. Como é que ela se sente. Se ela faz algum tipo de comentário, se ela tem alguma dúvida, se ela pergunta alguma coisa. Quem sabe ir por aí, observando como é que ela está reagindo, o que passa na cabecinha dela.

L-Pois é. Ela, a Graça falou uma vez, mas não falou do meu estado, que eu tava doente, tá... Daí a Livia disse: Tem que lá buscar minha vó. E a Fabi (neta) diz não, a vó não vem pra cá, porque a vó aqui, não tem, o plano de saúde que ela tem lá. Aqui vai ser tudo muito mais caro. Ela não vai ter o conforto que ela tem lá, com os médicos dela, com o hospital. E diz a Fabi... Diz a Livia., eu prefiro que ela venha pra cá, morra como um cachorro, mais morra perto de mim. Então, ela não pode ficar tão agarrada, né.

T- Acho que quando falas dela também falas de ti. Assim como é difícil pra ela entender isso e difícil para ti.

L- Sim. Não sabem eu acho que a gravidade, não sabem que isso é... como é... é... uma...

Manter a neutralidade não é uma tarefa fácil nos atendimentos aos pacientes que recebem consultas domiciliares. Entretanto, é a preservação de uma postura neutra e de escuta que irá proporcionar o verdadeiro tratamento psicoterápico. Pode-se constatar no caso de Luciana, que a postura da terapeuta em favorecer a associação livre da

mesma desde o primeiro encontro, possibilitou o surgimento de demandas como solidão, sentimento de abandono, culpas, além das dificuldades de aceitação da sua condição atual. Se a terapeuta tivesse chegado com a escuta contaminada pelo seu estado de saúde, limitações, provavelmente, essas questões não surgiriam, não sendo possível trabalhar as necessidades e demandas da paciente. Como aparece na *sessão 1*, quando a terapeuta diz:

T- Bem estou aqui, fui encaminhada pela Doutora e gostaria de lhe ouvir.

L- O meu problema é solidão. Tem tanta coisa para contar, não sei se sou eu que cobro demais, que quero atenção, mas fico muito sozinha, tenho três filhos. Quando preciso, eles vêm me atender, mas a maior parte do tempo eu passo só. Não sei se eu exijo demais. Sei que agente cria os filhos para o mundo e não para agente. Mas quando tem que fazer alguma coisa para mim, vem junto uma reclamação. Antes da doença saía e fazia as minhas coisas, ia a Banco, pagava as minhas contas, ia ao supermercado. Mas agora não posso.

Todavia, o atendimento de paciente com seqüelas físicas e com um quadro clínico grave, muitas vezes, exige do terapeuta o abandono desta postura neutra, assumindo uma posição ativa, sugerindo, orientando ações ao paciente ou ao cuidador para a preservação do seu estado. Neste sentido, assim como a posição de neutralidade sofre interferências, exigindo flexibilidade e dinamismo do terapeuta, as intervenções realizadas no processo terapêutico também apresentam considerações como as apresentadas a seguir.

Intervenções

Assim como no caso de João, no atendimento de Luciana a terapeuta empregou intervenções que iam desde “atividades interpretativas” até as “interpretações propriamente ditas”. As intervenções eram utilizadas a partir do conteúdo trazido pela paciente, que era produzido livremente, refletindo diferentes aspectos da sua história, situação atual, fantasias e representações da doença.

Constatou-se que, inicialmente, foram utilizadas intervenções que visavam à exploração e clarificação do material associado, ficando, as interpretações transferenciais propriamente ditas, empregadas a partir do estabelecimento da aliança terapêutica. Apesar da paciente já trazer desde o início um material que apresentava

questões transferenciais, a terapeuta optou, primeiramente, em construir o espaço e o vínculo terapêutico, para, então, interpretar o conteúdo transferencial manifesto. Esta situação explicitou-se na *sessão 3*, quando a paciente comenta da magreza da terapeuta, demonstrando por um lado, um vínculo afetivo (uma preocupação com a mesma), uma forma controladora de se relacionar com as pessoas - cuidando da empregada, da neta, de mim-, além do pedido de ser cuidada pela terapeuta; mas, por outro, a manifestação do sentimento de dúvida sobre a capacidade da terapeuta em suportar suas projeções e inveja.

Vou deixando as minhas coisas em cima do sofá e dirijo-me para beijá-la.
Quando estou indo lhe beijar ela diz:

L- Como tá magrinha. É muito magrinha.

T- Magrinha?

L- Está muito magrinha. Tu comes bem? Se não tens que vir aqui para casa para engordar um pouquinho. Aqui todo mundo engorda. Olha para empregada que está na sala (Maria).

M- Se não! É bem assim.

L- A minha neta que estava aqui durante as férias, agora vem a outra, eu sempre procuro fazer as coisas boas, aquilo que elas gostam. Não falta nada. Sabe quantas tortas ela comeu?

Assim, as intervenções presentes no atendimento psicoterápico domiciliar apresentam características próprias, exigindo do terapeuta sensibilidade e habilidade na hora de intervir. Não se pode deixar de considerar que estes pacientes estão numa “*condição especial*”, que não foi escolhida por eles, passando por mudanças significativas tanto na sua rotina como na sua vida. Estão, em decorrência disto, submetidos a uma série de intervenções, como o trabalho fisioterapêutico, fonoaudiológico, de enfermagem e da área médica, que não escolheram passar. Apresentam - se deprimidos e fragilizados, necessitando de um suporte e um apoio emocional.

Sendo assim, as intervenções de apoio acabam tornando-se bastante presentes, competindo ao terapeuta a hora de interpretar e de acolher o paciente que assiste. Pois, como se sabe, para que a reorganização psíquica do sujeito e a modificação dos sintomas ocorram de forma significativa, é indispensável à presença das interpretações

transferenciais. Muitas vezes, temos que fazer o movimento de interpretar e depois dar suporte, com o uso de intervenções mais ativas e sugestivas.

Estes aspectos ficam claros no material de Luciana, pois, com a piora do seu estado de saúde, a terapeuta ao mesmo tempo em que utilizava as interpretações extratransferenciais, a confrontação, a clarificação e as interpretações transferenciais, também, fazia uso das intervenções de apoio. Como apresentado na *sessão 5*, por exemplo, em que a terapeuta realiza intervenções de apoio, questionando sobre os sintomas da paciente e orientando a ela medidas a serem tomadas.

T- Acho que deves chamar a Ecosalva para pedir uma avaliação.

P- Para que? O que vão fazer? Não tem nada para fazer?

T- Tens que avaliar se precisa de alguma medicação, para poder diminuir o teu sofrimento e mal estar.

T- Você teve febre? (suspeita de pneumonia)

P- Tive. Faz duas noites que tenho febre, calorão e suador.

T- Já tivestes pneumonia?

P- Ah, já várias, uma oito ou nove. Até nesta última vez que eu estava no hospital. Uma vez fui consultar a minha médica e ela me disse que eu tinha que me cuidar e ficar em casa. Deu uns três dias estava ligando para ela e disse que se ela não me internasse que eu iria procurar outro médico, pois não estava bem, não agüentava mais. Agora, estou com essa tosse, dor nas costas, não sei, fico com medo que seja uma pneumonia. Não tenho medo de morrer, já perdi tanta gente, só não queria ficar assim sofrendo. Já vi uma pessoa morrer assim, dá dois passos com falta de ar e cair na cama dura na cama, morta. Mas, se este é o meu fim, o que vou fazer.

T- Se não está bem precisa ver o que é, podes consultar a tua médica ou chamar a Ecosalva e depois entrar em contato com a Dr^a C. para ver o que é preciso ser feito. O importante é não deixar piorar a situação.

P- É tu tens razão, faz dias que estou assim. Hoje mesmo pensei que se não melhorasse iria chamar a Ecosalva. Mas eu não quero internar, pior é pegar uma infecção no hospital. A minha médica me disse a outra vez que não queria me internar por causa disto.

T- Por isto é importante que possamos investigar logo, não esperar as coisas piorarem. Já estás assim há dias.

No entanto, além das intervenções de apoio, estiveram presentes intervenções que exploravam, clarificavam e confrontavam o que Luciana trazia, visando contribuir para o processo de re-conhecimento e amadurecimento da mesma através da psicoterapia. Pode-se analisar no material da Luciana, que as interpretações extratransferenciais também estiveram mais presentes do que as transferenciais, sendo essas realizadas mais nas últimas sessões da pesquisa após o estabelecimento do vínculo e do campo terapêutico. Como aparece na *sessão 13*, quando a terapeuta interpreta o material trazido pela paciente:

L- Eu não quero saí, não... da minha casa. Quero ficar aqui, quietinha, morrer aqui. Não me tiram não. Pra morrer. Agora meu filho vem de Brasília. Chegou anteontem. Agora tenho companhia. A mulher dele chega terça e ele chegou antes porque ele disse que tava com muita saudade. Ele veio, agora saiu foi ao médico também, vê as coisas dele também. Ele emagreceu... tá... bem. Ele tá com psicólogo.

T- É.

L- Eu acho maravilhoso. Tava dizendo pra Maria. que bom que o Alberto (filho) está mais desligado. Diz a Maria: aí dona Luciana, não é assim. Digo, é filha, é assim né. Eu não posso querer, ele agarrado.

T- O que tu dizes estar mais desligado?

L- Não. Por que ele era muito assim... Muito apegado, muito é... de tá lambendo, de tá beijando, de tá apertando, não. Ele tem a distância dele. Isso é muito bom, eu acho.

T- Tu achavas que ele tinha uma coisa exagerada.

L- Demais. Ele tá... Depois ele a... a saúde dele degradingolou. Ele foi pro... o tri glicerídeos dele parece que foi pra 400 e pouco. O médico disse que estava arriscando um infarto. Digo, ele é muito nervoso. Fica calmo, fica tranqüilo. Ele vive a vida dele e eu acho maravilhoso. A gente vê que ele tá bem e isso, pra mim, é muito importante.

T- Eu acho, que tu falas dele ao mesmo tempo um pouco de ti. Tu também começaste tentar elaborar isso (separação) de uma outra maneira.

L- Também. Claro, claro. E é como eu quero fazer com as gurias, né. A Graça, eu consegui. O Júlio (filho) não precisa porque ele consegue sozinho. Ele se vira sozinho. Mais eu quero conseguir agora com as gurias.

Campo Terapêutico (postura do terapeuta)

O estabelecimento do campo terapêutico ocorre desde o primeiro contato entre paciente e terapeuta, pois estão presentes sentimentos, percepções e informações que provocam efeitos emocionais em ambos os envolvidos. No caso de Luciana esta situação ficou evidenciada, quando no contato telefônico para a marcação da consulta, ela diz que já tinha ouvido falar no nome da terapeuta, manifestando, mesmo que no seu imaginário, uma “relação” com a mesma. No primeiro encontro, a paciente mostrou-se receptiva ao acompanhamento, favorecendo a construção do espaço terapêutico ao aguardar a terapeuta em seu quarto e restringir a participação da neta no mesmo, preservando, assim, o campo terapêutico.

Durante o atendimento de Luciana, seus relatos provocavam sentimentos contratransferenciais diversos como impotência, constrangimento, dúvida e apreensão, marcando a presença da terapeuta no campo analítico. Na *sessão 3*, por exemplo, a paciente trouxe sobre sua crença religiosa e as visões que tinha desde pequena, afirmando que a terapeuta não acreditava no que estava dizendo e que ela era ‘*muito fechada*’.

T- Tens pensado muito em morrer?

L- Sim. Tenho pedido que me leve. Não que eu pense em fazer algo contra mim, pois tenho a minha religião e não aceito, mas pedi para que apague a velhinha. Eu não tenho medo de morrer. Já vi tanta gente morrer. Tu não deve acreditar nisso, pois psicóloga e psiquiatra não acreditam. (Olha para mim) Não pense que eu sou louca, mas sou espírita e acredito, tinha visões. A Joana (fisioterapeuta) estava aqui em casa, estava fazendo a fisio quando por dois momentos parei de respirar (demonstra como foi). Ela se assustou e perguntou o que foi. Disse nada, pode continuar. Quando terminou ela perguntou de novo, mas o que houve? Ela também é espírita. Disse vi um velho e ele disse que também morreu desta mesma doença e que o nome dele era Adão. A Joana disse esse era o meu tio. O tio dela se chamava Adão e morreu desta mesma doença. Já previ várias mortes. A do meu cunhado, escrevi uma carta para a minha irmã e três meses depois ele morreu como eu tinha visto, num acidente de carro, em SP. Perdi minha mãe, meu pai, irmão. Estes dias veio a Dr^a. Cíntia aqui, eu disse algo para ela, que não era para ela se assustar. Ela ficou impressionada e disse que um dia iria vir passar a tarde inteira aqui comigo para saber mais. Tu és muito fechada, não consigo ver nada, talvez um dia.

T- Talvez isto tenha haver com o motivo pelo qual estou aqui. Estou aqui para lhe ouvir e para que tu possas falar de ti e não de mim. Me chamou atenção o que tu disseste que o teu problema é solidão.

L- É (pausa). O meu filho A. está morando aqui comigo por um tempo até que ele vá transferido para B. Ele não se separou nem nada. Minha neta estava aqui, de repente vai todo mundo embora e eu me sinto só. Sinto aquele vazio. Eu sei que agente cria os filhos para o mundo, acho que deve ser assim, que eles vão fazendo as suas vidas.

Esta situação despertou sentimento de constrangimento e desconforto na terapeuta, pois a paciente, além de trazer sobre como era o vínculo e a relação estabelecida com os outros membros da equipe, invertia os papéis propostos no tratamento colocando a terapeuta no lugar de quem estava sendo analisada. Como o estabelecimento da relação terapêutica estava no início, sendo este o terceiro encontro entre as duas, a terapeuta sentiu a colocação de Luciana (comparação que fez com colegas da equipe e a percepção que disse ter da mesma) como um ataque, uma maneira de obter o controle e de paralisá-la no atendimento. Entretanto, esta pode compreender um pouco sobre o funcionamento controlador e manipulador de Luciana, e intervir de forma a preservar a relação entre elas, com seus lugares assimétricos, necessário para o bom andamento do processo terapêutico.

No campo terapêutico ocorrem trocas de informações verbais ou não verbais, conscientes ou inconscientes, que são específicas daquela dupla e daquele processo terapêutico. Esta situação fica evidenciada na *sessão 3*, pois, mesmo sem a terapeuta falar, a paciente sentia que ela não acreditava na sua religião e naquilo que contava referente às suas experiências, premonições e visões, dizendo *‘Tu não deve acreditar nisso, pois psicóloga e psiquiatra não acreditam’*.

Então, mesmo que não expresse verbalmente pela terapeuta a sua opinião, a comunicação de inconsciente para inconsciente estava presente, despertando na paciente aquele sentimento. Mas, cabe ressaltar que as sensações, sentimentos e percepções despertadas fazem parte desta dupla e desta relação, podendo não ser sentido da mesma forma com um outro terapeuta.

Como podemos constatar há uma mudança substancial na posição do analista, antes considerado mais como um observador e facilitador do processo terapêutico e, hoje, como parte integrante do mesmo. Ele deixa de ser aquela pessoa possuidora das

verdades, revestida de uma auréola de infalibilidade, observador perspicaz e capaz de interpretar os conflitos inconscientes dos seus pacientes, para ser considerado uma pessoa real, que está presente com toda a sua vida mental, determinando fatos e interferindo no curso do tratamento (Zimerman, 1999). Neste sentido, o analista mergulha, se envolve, deixa-se capturar pelas identificações projetivas do campo, quase assumindo papéis, para depois, através do segundo olhar, tomar consciência das mesmas e interpretá-las para o paciente (Ferro, 1995, p. 32).

Com o andar do tratamento, Luciana passou a sentir-se mais segura e confiante, sem o medo de ser criticada, expressando inclusive o quanto ter um espaço para falar de si era importante, como expressado, na *sessão 4*, ao dizer *“Tu é um amor, é um prazer conversar contigo”*. Como afirma Zimerman, (1999) “neste contexto analista e analisando fazem parte da realidade psíquica que está sendo observada e, portanto, ambos são agentes da modificação da realidade exteriores à medida que modificam as respectivas realidades interiores” (p. 302). Assim, é através da criação deste espaço, onde o analisando pode trazer seus sentimentos, pensamentos, manifestar a forma como estabelece suas relações (através da transferência), que o mesmo pode aprender a exercitar seu lado adulto.

Entretanto, a piora do seu estado de saúde tem prejudicado o acompanhamento psicológico. Luciana tem desmarcado as sessões com frequência, por não ter condições de receber o atendimento devido a sua falta de ar. Na última vez, a cuidadora entrou em contato comigo, deixando o recado na secretária, dizendo que Luciana queria que eu soubesse que não era má vontade da sua parte, mas que, realmente, o seu estado de saúde estava cada vez pior, não tendo condições de conversar. Entendendo a necessidade de atendimento da paciente, o quadro oscilante que a sua doença apresenta, assim como a dificuldade de poder tratar com a própria Luciana as questões que estão levando-a a desmarcar os encontros (movimentos resistências), coloquei-me a disposição para atendê-la em outro dia da semana (diferente do estabelecido no contrato inicial), por acreditar que esta seria uma forma de demonstrar para a paciente que seu espaço permanece reservado e que estaria disponível para acolhê-la neste momento difícil da sua vida. Embora, muitas vezes, tenhamos a compreensão do funcionamento e das dificuldades apresentadas pelos pacientes, no caso de Luciana lidar com a morte e o processo de separação, ficamos restritos em nossas intervenções, não sendo possível tratá-las mais diretamente. Devemos, assim, estar preparados para

lidarmos com a nossa impotência, limitação e frustração, pois, nem sempre, conseguimos concluir um processo terapêutico da maneira como gostaríamos.

Por esta razão, é importante que os psicólogos clínicos dispostos a realizar assistência a pacientes com doenças crônicas e graves, possam compreender o conceito de saúde como algo relacionado à capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades e conquistar uma qualidade de vida; e não, como a busca da cura ou eliminação dos sintomas, podendo construir outras formas de intervenções propostas até então.

Discussão

A questão fundamental deste trabalho foi analisar as características do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar, considerando os conceitos básicos da psicoterapia psicanalítica, tais como o *setting*, a neutralidade, a intervenção e a relação terapêutica. Além disso, o mesmo se propôs a identificar e compreender os aspectos técnicos desta modalidade de acompanhamento, contribuindo para a uma reflexão teórica e técnica a partir do referencial psicanalítico.

Considerando os dois casos discutidos e apresentados nesta pesquisa, verificou-se que o atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas características peculiares que o diferenciam de um atendimento convencional. Entretanto, acredita-se que, mesmo apresentando alterações importantes na técnica, a psicoterapia preserva seu objetivo, ainda que realizada no âmbito domiciliar. Entende-se que é possível o estabelecimento do campo terapêutico, ou seja, da construção de um espaço, no qual o paciente através da relação com o terapeuta possa ressignificar suas vivências passadas, modificando o seu modo de se relacionar, suas defesas e angústias, alcançado, assim, verdadeiras mudanças psíquicas.

A partir da análise das categorias analíticas apresentadas, constatou-se que o *setting* passa a ser a casa do paciente, o que o torna diferenciado, em alguns aspectos, do consultório privado. No atendimento psicológico domiciliar é o terapeuta que se desloca para a realização do atendimento. O local das sessões nem sempre é o mesmo e, muitas vezes, este é definido pelo próprio paciente/familiar. Como foi apresentado no relato dos dois casos, algumas interrupções e interferências podem acontecer, pois o espaço existente é compartilhado por mais pessoas além do terapeuta-paciente. Outra característica específica desta modalidade é que existe uma proximidade maior do

terapeuta com a vida privada do paciente e dos seus familiares, sendo transmitidas, muitas vezes, informações por outra via que não a da associação livre do mesmo.

Neste sentido, a preservação do *setting* terapêutico no atendimento psicológico domiciliar é constantemente posta à prova. Verificou-se que o terapeuta está mais exposto a situações inusitadas, imprevistos e interrupções. Esta situação exige do mesmo uma postura mais ativa, a fim de que o objetivo seja alcançado, ou seja, o de ajudar ao paciente a reexperimentar e ressignificar através do vínculo transferencial as suas vivências infantis. Assim, a condução do terapeuta em reconhecer, integrar e interpretar os acontecimentos relatados é essencial, cabendo, a ele, a tarefa de orientar e ajudar na construção de um *setting* favorável para a realização da psicoterapia na esfera domiciliar.

Acredita-se que mesmo que o *setting* ocorra na casa do paciente, ele não deixa de cumprir as suas funções. Ou seja, a de estabelecer o aporte da realidade exterior, com suas privações e frustrações, contribuindo para o predomínio do princípio de realidade sobre o do prazer, ajudando a delimitar entre o eu e os outros, auxiliando na capacidade de diferenciação, separação e individuação (Zimerman, 1999). Entretanto, a efetividade do processo terapêutico dependerá da sua delimitação e preservação, assim como, do posicionamento ativo do terapeuta para esta realização. Pois, é a construção deste espaço terapêutico, com suas regras e suas funções, que delimita a diferenciação do acompanhamento psicológico realizado na casa dos pacientes de visitas domiciliares.

Assim como o *setting* terapêutico, algumas características presentes nesse tipo de acompanhamento contribuem para uma mudança na postura da terapeuta, colocando em questão o conceito de neutralidade. Como pode ser observado, a manutenção da neutralidade não é uma tarefa fácil nos atendimentos domiciliares. Pois, além do vínculo terapeuta-paciente tornar-se mais próximo, os pacientes apresentam um quadro clínico que exige do mesmo, em alguns momentos, o abandono de uma postura neutra e de escuta, para uma postura de sugestão e orientação, para preservar o estado de saúde daquele paciente. Assim, o terapeuta, em algumas circunstâncias, tem que abandonar a posição de escuta, intervindo de forma mais concreta, com vistas a resguardar a relação terapêutica construída. Estas situações puderam ser observadas nos casos de João e Luciana, em que a terapeuta coloca-se mais ativamente no processo terapêutico, entendendo, que responder as perguntas trazidas pelos próprios era uma maneira de preservar o vínculo terapêutico. Neste caso, a habilidade do

terapeuta em manter a neutralidade, sem tornar-se frio e distante, procurando compreender o significado do pedido ou da necessidade daquele paciente, é um desafio que exige constante reflexão por parte do mesmo sobre o seu posicionamento na relação.

Contudo, ainda que, em alguns momentos, a postura neutra tenha sido abandonada pela terapeuta, houve uma preocupação em explorar o material trazido pelos pacientes, favorecendo a associação livre e a amplitude da capacidade de pensar dos mesmos. Pois, como se sabe, é a preservação de uma postura neutra e de escuta que irá proporcionar o verdadeiro tratamento psicoterápico.

As intervenções presentes no atendimento psicoterápico domiciliar também apresentam características próprias, demandando do terapeuta sensibilidade e habilidade na hora de intervir. Quando estamos na residência dos pacientes, nos deparamos com muitas informações, que se atravessam no tratamento, dificultando o trabalho terapêutico e a escolha de qual questão intervir. Por isso, é fundamental a avaliação da demanda deste paciente no início do tratamento, pois é, a partir da mesma, que serão traçados os objetivos a serem seguidos.

Pode-se dizer que por estes pacientes apresentarem uma doença grave, com uma vida bastante limitada, necessitando de um suporte emocional, as intervenções de apoio acabam tornando-se mais presentes, competindo ao terapeuta à escolha da hora de interpretar e de acolher. Muitas vezes, temos que fazer o movimento de interpretar e depois dar suporte, com o uso de intervenções mais ativas e sugestivas.

Porém, mesmo tratando-se de um acompanhamento psicológico domiciliar com pacientes com limitações sérias, a observação e compreensão dos movimentos transferenciais no processo terapêutico foi uma constante preocupação da terapeuta. Pois, como se sabe, para que a reorganização psíquica do sujeito e a modificação dos sintomas ocorram de forma significativa, é indispensável à presença das interpretações transferenciais.

Embora as intervenções dirigidas para a “parte consciente e pré-consciente” do paciente tenham sido uma constante, pois ajudavam no desenvolvimento ou aprimoramento das funções egóicas do mesmo, como a capacidade de *pensar* suas experiências emocionais ou se deparar e lidar com as verdades penosas, as interpretações extratransferenciais e transferenciais também estiveram presentes. No entanto, verificou-se que as atividades interpretativas estiveram mais presentes do que as interpretações transferenciais propriamente ditas. Inicialmente, foram utilizadas

intervenções que visavam à exploração e clarificação do material associado, ficando as interpretações transferenciais empregadas a partir do estabelecimento da aliança terapêutica.

Em relação ao campo terapêutico, identificou-se que, apesar das sessões terem ocorrido em casa, sua construção não se mostrou prejudicada. Mesmo que variasse o local do atendimento, ora no quarto, ora na sala, a criação deste campo aconteceu. Como relatado no trabalho, tanto a postura empática, flexível e de escuta da terapeuta, como a dos pacientes, associando livremente e resguardando o espaço do atendimento, foram cruciais para o estabelecimento do mesmo. Percebeu-se, através dos relatos, que as trocas, as comunicações verbais ou não verbais, conscientes ou inconscientes, estiveram presentes a todo o momento, sendo, então, a presença da terapeuta, como sujeito participante do processo terapêutico, uma constante.

Assim, no atendimento psicológico domiciliar estão presentes o campo terapêutico (a postura do terapeuta), o trabalho de intervenções e a produção dos pacientes (associação livre), indicativos de um trabalho psicanalítico (composto por três elementos a interpretação, análise de transferência e a neutralidade técnica) realizado em um contexto diferente do convencional.

Entendemos que o que caracteriza a prática clínica não é o local onde ela se realiza, nem a patologia apresentada pelos sujeitos, mas a postura do terapeuta e a sua capacidade de escuta frente ao sofrimento humano emergido no espaço terapêutico. O que pode ser constatado na apresentação dos dois casos clínicos desta pesquisa, é que a terapeuta ao manter uma postura de escuta, favorecendo a associação livre dos pacientes, possibilitou a manifestação e o surgimento de questões para além da doença e adaptação à nova realidade. Neste sentido, dilemas e aspectos relacionados tanto ao funcionamento de cada um, como as experiências mal resolvidas em suas vidas puderam emergir e serem trabalhadas. Podemos dizer, então, que a ação clínica é determinada pela postura do psicoterapeuta em acolher e compreender o sofrimento do outro, oferecendo um espaço de escuta e reflexão e não pelo local, pela técnica ou pela patologia diagnosticada (Dutra, 2004). Como coloca Figueiredo “Cabe aos psicólogos, em primeiro lugar, ter os olhos para ver e, no caso da clínica, os ouvidos para escutar este interdito” (1996, p. 29).

Neste sentido, o atendimento clínico está pautado não só nas questões metodológicas e técnicas, mas no posicionamento do terapeuta ao preservar o objetivo da própria psicoterapia. Não é o fato de o atendimento ser realizado em um local

diferente do proposto pela clínica tradicional, como o domicílio dos pacientes, por exemplo, que o impedirá de ser considerado um ato clínico. O que é importante ressaltar, é que nestes contextos alternativos, a postura do terapeuta é fundamental para a preservação do processo, já que, a possibilidade de intercorrências e interrupções é maior do que as ocorridas no espaço dito convencional. Verificamos que o terapeuta, muitas vezes, mostra-se mais ativo, tendo que tomar decisões perante as situações inusitadas que apresentam para as quais não foi preparado. Sendo assim, talvez o que se destaque no trabalho psicoterápico domiciliar não são as alterações ocorridas no *setting*, nas intervenções ou no campo terapêutico. Mas, o nível de exigência quanto à postura e ao papel do terapeuta.

Constatou-se que, sem dúvida, esta modalidade de intervenção apresenta peculiaridades e diferenças que são um desafio para o terapeuta. Pois, como colocado, diferentemente do consultório privado, o mesmo encontra-se mais exposto e vulnerável, uma vez que está em um *setting* que sofre interferências que fogem ao seu comandado. Ou seja, ao mesmo tempo em que é exigida uma postura ativa e flexível durante o processo, conduzindo de forma adequada as situações inusitadas que acontecem, também, o é apontado à importância da sua posição de neutralidade para o bom andamento da terapia. Assim, a postura do terapeuta é uma condição crucial para a preservação e a realização do processo terapêutico. São, fundamentalmente, suas intervenções que diferenciarão o acompanhamento psicológico domiciliar de uma atividade terapêutica mais focal.

Considerações Finais

No caso específico da psicologia, como nos diz Yamamoto et al., (2001), a expansão, tanto do campo profissional quanto as inovações introduzidas nos campos tradicionais do psicólogo, carecem de estudos mais aprofundados para a construção de novos parâmetros teóricos e metodológicos, além de intervenções que dêem conta dessa nova realidade.

O atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas características que são peculiares a sua prática, apontando para a necessidade de estudos e investigação, tanto em relação aos fundamentos teóricos e técnicos, como em relação às questões éticas que se colocam. Aspectos como a demanda do paciente, o local onde se realiza o atendimento, assim como, o papel do terapeuta e as intervenções utilizadas diferenciam esta modalidade de atendimento do atendimento clínico tradicional.

Porém, acredita-se que as especificidades presentes nessa forma de acompanhamento não inviabilizam a sua condição como intervenção clínica. Entende-se que não é o local, nem a patologia apresentada pelos sujeitos que irá determinar uma ação com psicoterapêutica. Mas, a postura do terapeuta e a sua capacidade de escuta frente ao sofrimento humano emergido no espaço terapêutico construído. O acompanhamento psicoterápico está pautado nas questões metodológicas e técnicas, entretanto, fundamentalmente na postura do psicoterapeuta em preservar o objetivo do próprio trabalho terapêutico. É importante ressaltar que nestes contextos alternativos, a postura do terapeuta é fundamental para a preservação do processo, já que, a possibilidade de intercorrências e interrupções é maior do que no consultório privado. Verificamos que o psicoterapeuta, muitas vezes, mostra-se mais ativo, tendo que tomar decisões perante as situações inusitadas que se apresentam para as quais não foi preparado.

Como podemos observar, o trabalho do psicólogo no âmbito domiciliar ocorre em diferentes instâncias e envolve vários agentes, que incluem desde o paciente, o cuidador, a família e a equipe de saúde. Neste sentido, o atendimento psicoterápico domiciliar a pacientes com doenças orgânicas está sujeito a peculiaridades que exigem, mesmo de psicoterapeutas experientes, conhecimentos mais específicos e técnicas mais adequadas à situação. As condições absolutamente únicas e originais das pessoas a serem atendidas, das relações interpessoais que se desenvolvem e do ambiente onde se faz o atendimento merecem uma reflexão mais detalhada (Penna, 1992).

Considera-se, então, a necessidade da construção de parâmetros teóricos e técnicos que contemplem as peculiaridades do atendimento psicológico domiciliar. Para tal, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre essas novas modalidades de intervenção.

Devido à complexidade do tema em questão, vários aspectos relacionados a esta prática não puderam ser explorados. A relação do terapeuta com a equipe profissional, com a família do paciente, assim como, aspectos de ordem institucional, que relacionem esta modalidade de intervenção na forma como ela é oferecida pelos convênios de saúde e suas implicações, são alguns exemplos. Como a pretensão desta pesquisa não era esgotar o assunto, mas apresentar, fundamentar e aprimorar o atendimento psicológico domiciliar, visando consolidá-lo como uma nova alternativa de atuação para os psicólogos, fica como proposta alguns temas para novas pesquisas.

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DOMICILIAR

Atendimento Psicológico Domiciliar: uma proposta de intervenção clínica.

Home psychological treatment: an alternative clinical intervention

Silvia Pereira da Cruz Benetti

Mestrado em Psicologia- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Taís Jochims Reichel –

Mestranda Programa de Pós Graduação Psicologia - Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

RESUMO

Neste artigo, apresentamos uma modalidade de intervenção ainda pouco explorada na área da psicologia que é o Atendimento Psicológico Domiciliar. As peculiaridades deste atendimento, tais como a demanda, o *setting*, a postura do profissional são discutidas, apresentando-se esta técnica como uma alternativa de intervenção psicoterápica. Para tal, abordamos questões acerca da clínica contemporânea e das demandas de atendimento evidenciadas na atualidade. A seguir, são analisadas a conceituação desta nova modalidade de intervenção psicoterápica, suas características, o papel do psicólogo nesse *setting* de atuação, as implicações teóricas e técnicas decorrentes do mesmo, assim como, as interfaces presentes nesse atendimento com outras áreas do conhecimento. Conclui-se que as especificidades presentes nessa forma de acompanhamento não inviabilizam a sua condição de intervenção clínica e sugere-se o desenvolvimento de pesquisas voltadas para questões específicas desta modalidade terapêutica

Palavras chave: atendimento psicológico domiciliar; psicoterapia; psicologia clinica.

ABSTRACT

In this article, we present a modality of intervention still not much explored in the psychological field, which is the psychological intervention at home. The peculiarities of this modality are discussed, such as the demands for care, the setting, and the professional conduct, presenting this technique as an alternative to psychotherapy practice. This way, contemporary topics and demands associated to clinical interventions are addressed. Following, the concept, the characteristics, the psychologist role in the setting, the theoretical and technical implication, as well as the interfaces with other fields of study are analyzed. It is concluded that the specificities of this form of therapy do not interfere with the clinical intervention and it is suggested the development of studies aiming the specific questions of this therapeutic modality.

Key-words: home psychological treatment; psychotherapy, clinic psychology.

Neste artigo, pretendemos discutir e apresentar uma modalidade de intervenção ainda pouco explorada na área da psicologia que é o Atendimento Psicológico Domiciliar. Propomos-nos, com este trabalho, discutir as peculiaridades deste atendimento como a demanda, o *setting*, a postura do profissional e, além disto, apresentá-lo como uma alternativa psicoterápica para os pacientes atendidos. Como sabemos, mesmo com o movimento de ampliação da área da Psicologia Clínica através do incremento de intervenções fora do contexto tradicional, ainda existem divergências no que diz respeito à eficácia do atendimento realizado nas residências dos pacientes. Tradicionalmente, a clínica é compreendida como um modelo de intervenção privado, onde o paciente e o terapeuta dividem um espaço íntimo de consultório, sendo a prática clínica realizada fora desse *setting* convencional, objeto de polêmica e discussão. Entretanto, alguns trabalhos já manifestam a preocupação em discutir essa problemática, como o caso de Dutra (2004), que apresenta a discussão sobre a viabilidade da realização de atendimento psicoterápico no plantão de Pronto-Socorro (PS), cujas principais características são a imprevisibilidade e o inusitado. Seguindo essa tendência, nossa questão é refletir sobre o atendimento psicológico domiciliar, considerando-o como mais uma importante forma de intervenção clínica.

Apesar dessa modalidade de atendimento possuir características distintas das tradicionalmente colocadas pela Psicologia Clínica - ser realizada em um local peculiar como o domicílio dos pacientes, ter uma demanda característica, exigir do psicoterapeuta uma postura mais ativa e uma flexibilidade no manejo das situações apresentadas - a sua constituição fundamental não modifica a essência das ações do profissional como eminentemente clínicas, ou seja, a de aliviar o sofrimento humano, contribuindo para o autoconhecimento dos pacientes. Ao mesmo tempo em que destacamos essa forma de intervenção, procuramos diferenciar o atendimento realizado no domicílio do paciente das intervenções já realizadas por outras áreas da psicologia, como a da saúde comunitária e dos acompanhantes terapêuticos.

Originalmente, o interesse por este trabalho surgiu da atividade como psicóloga clínica realizada em um Programa de Gerenciamento de Casos, que tem por objetivo prestar assistência domiciliar aos pacientes que apresentam períodos de longa internação, doenças crônicas, necessitando, assim, de suporte físico e emocional. As características peculiares dessa forma de intervenção exigiram uma posição reflexiva do profissional, na medida em que a prática desse atendimento tornou-se um desafio,

tanto no âmbito da técnica da atuação clínica como da concepção teórica que sustenta essa intervenção.

É através da prática cotidiana do profissional de psicologia que surgem as demandas de intervenções clínicas em contextos alternativos; situações que promovem o interesse em estudar, investigar e conhecer as necessidades destas novas situações para o desenvolvimento de um trabalho responsável e ético. Neste sentido, indagações sobre o papel da psicologia clínica, sobre as transformações ocorridas nos processos de atuação desde o seu surgimento, bem como a possibilidade da construção de novas formas de intervenção clínica passaram a ser uma constante na execução desse trabalho.

Nesta modalidade de atendimento, vários aspectos em relação ao processo psicoterápico são colocados em questionamento. Dentre eles, destacamos os seguintes: como se configura o *setting* terapêutico, assim como a psicoterapia e o diagnóstico, entre outras atividades pertinentes à área da psicologia clínica, em um contexto diferente do proposto tradicionalmente por ela? Assim, como pensar num acompanhamento psicoterápico dentro da casa do paciente? Ou seja, dentro de um *setting* que foge ao controle do profissional, em que se têm interrupções e que nem sempre se tem as condições ideais para a realização do tratamento? E, acima de tudo, o que queremos dizer quando nos referimos à escuta clínica, e como esta se diferencia das demais formas de intervenção do psicólogo nos diversos campos de atuação?

São questionamentos dessa natureza que nos conduziram a este artigo. Embora sem a pretensão de aprofundar a questão da evolução da Psicologia Clínica, o que, de certa forma, já vem sendo feito por outros autores, sentimos necessidade de inicialmente, discutir aspectos do próprio lugar da clínica contemporânea e de suas respostas às demandas de atendimento e tratamento desencadeadas pelas transformações sociais, tecnológicas e científicas. A seguir, apresentamos a conceituação e a origem histórica do atendimento psicológico domiciliar, suas características, o papel do psicólogo neste *setting* de atuação e as interfaces do atendimento com outras áreas do conhecimento. Por fim, abordamos as implicações teóricas e técnicas desta modalidade de intervenção com vistas ao aprimoramento desta prática como uma forma de intervenção clínica.

O lugar da clínica nos espaços emergentes

Na atualidade, junto aos campos tradicionais de atuação da psicologia, como as áreas clínica, escolar, do trabalho e a social, observamos o surgimento de práticas emergentes e novos espaços de atuação do psicólogo que potencializam a abertura de perspectivas para a profissão (Yamamoto, Câmara, Silva e Dantas, 2001). Estudos recentes acerca dessa ampliação e das novas perspectivas de atuação do psicólogo vêm sendo desenvolvidos, impulsionando reflexões acerca da reestruturação de práticas profissionais (Passos & Barros, 2000; Yamamoto, et al, 2001; Costa & Brandão, 2005).

Pesquisas sobre os diferentes *campos* de intervenção da psicologia têm se tornado cada vez mais freqüentes, procurando investigar, desde aqueles já mais conhecidos pelos profissionais como o ambiente hospitalar (Barros, 2002; Krieger & Neto, 2005) a comunidade (Costa & Brandão, 2005), assim como os mais recentes, como a internet (Almeida & Rodrigues, 2003) e o domicílio dos pacientes (Zanoni, Pereira, Sakamoto & Sales, 2006). Como resultado, esses estudos têm trazido uma importante contribuição para a reflexão, a ampliação e a construção de estratégias de atendimentos em diferentes contextos, objetivando a construção de intervenções que dêem conta dos anseios e das demandas sociais contemporâneas.

Atualmente, a ajuda psicológica é buscada ou aconselhada para os mais diversos modos de sofrimento humano, que vão desde as situações de doença física até extremas condições de precariedade social. O psicólogo recebe encaminhamentos tanto da saúde pública como do exercício privado, que derivam da escola, do hospital, do tribunal, da prisão etc. Surgem, então, demandas legítimas, desencadeadas por um sofrimento que é, inescapavelmente, uma experiência humana e que, enquanto tal, deve ser abordada tanto no âmbito individual como no coletivo (Vaisberg, 2003). Porém, os profissionais nem sempre estão preparados para dar conta dessas novas demandas, tornando-se, cada vez mais presente, a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção que dêem conta das necessidades apresentadas na atualidade.

Nesse sentido, a ampliação das práticas do psicólogo tem sido foco de debate e pesquisa, justificada pelo surgimento de intervenções consideradas inovadoras pelos profissionais da área *psi*. Ainda que, muitas vezes, essas intervenções permaneçam alicerçadas em ações provenientes de modelos psicológicos tradicionais (Yamamoto et al, 2001), as demandas contemporâneas impõem a necessidade de reflexão sobre estes moldes de intervenção. Vaisberg (2003) alerta que cabe, aos psicólogos clínicos, o

importante papel de disponibilizar novas formas de atendimento ao sofrimento humano no mundo contemporâneo, desenvolvendo diferentes métodos e estratégias de intervenção capazes de suprir os problemas e inquietações trazidas pelos sujeitos atendidos.

É importante ressaltar que nem sempre a Psicologia Clínica foi vista como na atualidade. Ao analisarmos a etimologia do termo clínica, cujo significado origina-se na noção de à beira do leito, podemos constatar o quanto a influência do modelo médico esteve presente na origem e na história da mesma. O psicólogo, influenciado por este modelo, embasava sua práxis em intervenções que visavam à cura e a eliminação dos sintomas. Como coloca Dutra (2004), o psicólogo clínico tinha uma função que se aproximava daquela exercida pelo médico no que diz respeito à representação social. Situação que pode ainda ser evidenciada em nosso cotidiano da prática clínica, quando os pacientes angustiados vêm em busca de soluções rápidas e eficazes para a eliminação do seu sofrimento, solicitando, as vezes, algum medicamento que elimine ou cure o seu problema.

Contudo, a mudança em relação a alguns pressupostos importantes, como o conceito de saúde, a noção de sujeito e a compreensão dos sintomas contemporâneos como algo complexo, fizeram com que esta postura fosse revista e reformulada. Neste sentido, o entendimento do conceito de saúde, fundado na capacidade do indivíduo de enfrentar as adversidades e conquistar uma qualidade de vida; a superação do paradigma biológico; a consideração da complexidade dos sintomas, sendo suas causas fatores importantes de serem investigados; fizeram com que os Psicólogos clínicos tivessem que repensar o modelo de assistência proposto até então (Dutra, 2004).

Além disto, a expansão do campo profissional da psicologia clínica é acompanhada por outra significativa mudança na atuação do psicólogo na atualidade: a perspectiva da transdisciplinaridade. Conforme aponta Irribary (2003) “A transdisciplinaridade visa promover um diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e seus dispositivos. O diálogo serve como ensejo para uma situação de cooperação entre as diferentes áreas. Transdisciplinaridade é, portanto, diálogo e cooperação entre diferentes áreas do conhecimento (p.490)”. A transdisciplinaridade contribui para as trocas e as aproximações entre os profissionais, fazendo com que todos os integrantes do processo contribuam na busca de melhores soluções para os problemas, o que favorece o avanço nas relações entre as diversas áreas científicas. Sendo assim, são cada vez mais frequentes intervenções em que o profissional interage com áreas

distintas do conhecimento como as da comunicação, do esporte, da imunologia, da genética, da administração, da enfermagem, do direito, entre outras.

Todos esses aspectos se refletem na exigência de que a psicologia faça uma reflexão acerca dos seus saberes e sua práxis, visando atender a uma demanda que se apresenta não só no contexto da clínica tradicional, pertinente aos consultórios fechados, mas em quaisquer situações em que a subjetividade humana e o seu sofrimento se revelem, e, assim, possam ser acolhidos (Dutra, 2004).

Especificamente em relação ao atendimento psicológico domiciliar, podemos observar que estas questões estão imbricadas nas novas formas de intervenção e, no caso, na própria concepção do atendimento clínico domiciliar. Pois, foi a partir da consideração de aspectos como - uma postura atenta às demandas de saúde contemporânea, uma compreensão de sujeito a partir de uma posição transdisciplinar e das transformações ocorridas na área da saúde que surgiu a proposta de um atendimento diferenciado dirigido a pacientes com doenças crônicas e com internações prolongadas. Nesses casos, as condições de saúde dos pacientes acarretavam a impossibilidade de se dirigirem aos consultórios, ao mesmo tempo em que geravam a necessidade de assistência emocional.

Atendimento psicológico domiciliar

O atendimento domiciliar é uma modalidade de intervenção que vem crescendo nos últimos anos, principalmente nas áreas tradicionais de saúde, como a Medicina, a Enfermagem e a Fisioterapia. Neste sentido, o incremento do atendimento na própria casa do paciente responde a uma demanda específica, desencadeada pelo aumento das inovações tecnológicas e científicas presentes nessas áreas de atuação (Silva, 2003). Desta forma, nas últimas décadas, constata-se um aumento da longevidade humana e, conseqüentemente, um maior número de pessoas que necessitam de auxílio-saúde.

O conceito “Home Health Care” (HC) surgiu na década de 80 nos EUA, como prestação de assistência em domicílio, passando a ser adotado no Brasil a partir da década de 90. A assistência domiciliar vem crescendo em instituições públicas e privadas, baseada em argumentos que vão desde a relação custo-benefício que visam diminuir os custos da hospitalização, até a busca da humanização do tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes.

Em psicologia, o atendimento psicológico domiciliar é uma modalidade de atuação ainda pouco conhecida pela maioria dos profissionais. Com pouco material

bibliográfico sobre o tema, ainda carece de discussões sobre questões referentes à sua natureza, ao manejo técnico e aos problemas éticos que envolvem a sua prática. A maioria das pesquisas realizadas sobre esta forma de atuação profissional é da área da enfermagem e está voltada, principalmente, para a compreensão, tanto do paciente que está recebendo o atendimento domiciliar como dos seus cuidadores (Marques & Ferraz, 2004). Outras têm por objetivo analisar e comparar qual a melhor forma de atendimento oferecido ao paciente e aos seus familiares, isto é, se o realizado em hospitais ou no ambiente domiciliar (Zanoni et al., 2006).

Uma das questões que envolvem o atendimento psicológico domiciliar é que esta intervenção pode ser confundida com a atividade do acompanhante terapêutico (AT). Em ambos os casos, a realização do atendimento se dá fora do consultório, ou seja, em ambientes que fogem do proposto tradicionalmente pelos modelos de atendimento clínico. Conforme afirmam Londero e Pacheco (2006), o trabalho do AT é uma ferramenta utilizada para os pacientes com patologias graves, que necessitam de assistência e intervenção fora do ambiente dos consultórios. Entretanto, o trabalho do AT é, na maioria das vezes, considerado como um complemento do trabalho psicoterápico, tendo como foco as situações cotidianas do paciente. Já, o acompanhamento psicológico domiciliar é uma psicoterapia realizada no domicílio, desempenhada pelo próprio terapeuta, que avalia as necessidades e condições do paciente para o tratamento, considerando a demanda, a motivação e as condições cognitivas do mesmo para a realização do atendimento. Este tipo de atendimento é direcionado aos pacientes que têm limitações para deslocar-se até o consultório do psicólogo devido a uma doença grave. Sua origem pode ser encontrada na clínica hospitalar, mais especificamente no acompanhamento de casos crônicos e de internação prolongadas, que passaram a ser, gradualmente, transferidos para casa. Portanto, o atendimento psicológico domiciliar é considerado quase como uma “extensão” do hospitalar (Angerami, 2000). Em alguns casos, o trabalho envolve orientação à família ou ao responsável pelos cuidados prescritos ao paciente. Em geral, os casos atendidos no domicílio são graves. Os pacientes geralmente são acometidos bruscamente pela doença e pelas mudanças nas diversas dimensões de sua vida trazidas pela mesma, lidando com limitações sérias que incluem a impossibilidade de se dirigirem ao consultório. Na maioria dos casos, há a constatação que o adoecimento clínico é acompanhado pelo adoecimento psicológico em função da adaptação emocional exigida pelas transformações na vida pessoal e familiar.

A proposta do atendimento psicológico domiciliar, portanto, vem responder ao sofrimento psíquico que acompanha frequentemente o adoecimento clínico. Esta demanda de atendimento, por si só, não se constitui como uma necessidade distinta dos demais casos de doenças crônicas ou graves. O aspecto fundamental colocado nestas situações refere-se à proposta de realizar o processo terapêutico num *setting* diferenciado do habitual. Isto é, o próprio domicílio do paciente.

Este novo *setting* pode ser considerada como a principal característica do trabalho domiciliar. Entretanto, além do local de atendimento, outros aspectos distinguem o atendimento psicológico domiciliar do atendimento convencional. São eles referentes ao atendimento do paciente, ao papel da equipe multidisciplinar, às características de interação com os familiares e ao estabelecimento do processo terapêutico.

Atendimento ao paciente

Fundamentalmente, três aspectos se destacam no atendimento ao paciente: a questão do encaminhamento para o atendimento, a avaliação do caso e psicoterapia propriamente dita. A solicitação para o atendimento ou a forma de encaminhamento do paciente para a terapia, bem como o estabelecimento do contrato assumem peculiaridades próprias a esta forma de trabalho.

O pedido inicial ou a indicação para o atendimento psicológico domiciliar pode ser feito pelo próprio paciente, por seus familiares, pelo médico ou pela equipe de saúde que o assiste. Diferentemente do que acontece nos consultórios, quem entra em contato com o paciente é o profissional, oferecendo a marcação da consulta para a realização da avaliação, identificando, assim, as necessidades do atendimento. Neste sentido, a avaliação da motivação do paciente para o atendimento pode apresentar-se como uma questão que exige uma maior atenção e cuidado por parte do terapeuta.

É através da entrevista psicológica que o profissional avalia a necessidade ou não de um acompanhamento. Mas, para que se dê continuidade ao trabalho, o psicólogo deve contar com o interesse do paciente, combinando, assim, a periodicidade, dia, hora e forma como irão trabalhar. Frequentemente, a demanda para esse acompanhamento nem sempre está clara para o paciente, pois surge a partir de uma doença com a qual ele não quer se deparar. Em alguns casos, ele pode apresentar-se resistente, acreditando não necessitar do atendimento por considerar que pode sozinho enfrentar a situação. Muitas vezes, apesar de estar apresentando sintomas que justificam o encaminhamento, não quer falar sobre o assunto para não ter que se

deparar com o seu sofrimento. Nesse momento, procura-se avaliar, com a equipe que solicitou o acompanhamento psicológico, qual o prejuízo que o mesmo está tendo, para, assim, decidir que medida tomar. Em outros, o paciente desconhece o que é o acompanhamento psicológico e qual o motivo da sua indicação, necessitando, então, de esclarecimentos sobre o objetivo do mesmo e ao que ele se propõe.

Muitas vezes, estes aspectos já podem ser identificados na própria marcação da consulta. Por esta razão é fundamental que se esteja atento a questões como a receptividade do paciente para a marcação da avaliação, a disponibilidade para o agendamento do horário, o conhecimento do encaminhamento psicológico, qual a urgência para esse atendimento, etc. Estas questões são fundamentais no processo terapêutico, pois indicam aspectos sobre o funcionamento do paciente e, além disto, ajudam o profissional a decidir qual a melhor forma de intervenção ou manejo com aquele paciente/família. Como sabemos, o estabelecimento de um espaço psicoterápico se dá desde o contato inicial com o paciente, devendo ser, posteriormente, avaliadas as condições e indicações para o prosseguimento do tratamento. Como coloca Cordioli (1997), deve-se avaliar qual a melhor técnica psicoterápica para o caso em atendimento, levando em consideração a relação estabelecida entre paciente-terapeuta e as necessidades e condições apresentadas pelo paciente. Em qualquer processo terapêutico, algumas condições são indispensáveis, tais como a construção de um ambiente favorável para a expressão das emoções, conflitos, pensamentos e fantasias por parte do paciente; o preparo teórico e técnico do terapeuta e o estabelecimento de uma relação de confiança entre a dupla. Estas características se mantêm no atendimento domiciliar e são construídas desde o contato inicial com o paciente, o qual, em todo o momento, deve ocupar o lugar central nas combinações e contratos. Com isto, não se quer dizer que outros contatos não são importantes e necessários, muitas vezes impostos pela própria condição de saúde do paciente.

Equipe multidisciplinar

Além das diferentes situações técnicas de manejo do contrato, outro aspecto se constitui como distintivo do atendimento psicoterapêutico convencional - o trabalho multidisciplinar. Assim como no atendimento hospitalar, na assistência domiciliar, freqüentemente, outros profissionais também atuam junto ao paciente, tais como enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, etc. Nestes casos, o psicoterapeuta realiza também a função de participar do trabalho em equipe multidisciplinar cuja interação é de fundamental importância para a

compreensão das necessidades do paciente, do impacto da doença e as atitudes ou decisões a serem tomadas. Como colocam Krieger e Neto (2005), as reuniões de equipe são uma ferramenta importante, tanto para o conhecimento “integral” (e não dissociado) do paciente, como para a preservação da funcionalidade do grupo de atendimento, isto é, da comunicação, da coesão e da capacidade de suportar as projeções dos pacientes.

No consultório, é possível ouvir o relato subjetivo do paciente sobre suas interações com os outros significantes de sua vida. No atendimento domiciliar, pela repetição de papéis via identificação projetiva, o paciente reproduz no meio mais próximo, agora o grupo que realiza o tratamento, os seus padrões saudáveis e patológicos de interagir com os outros (Krieger & Neto, 2005). Sendo assim, não é só o terapeuta que se torna alvo das projeções do paciente. A equipe serve como receptáculo das projeções desse, da mesma forma que em um atendimento individual, o paciente transfere ao terapeuta suas formas de relacionar-se (Krieger & Neto, 2005, p.774). Para que o terapeuta integre dentro de si as partes do *self* do paciente, projetadas nos membros da equipe e, com isso, tenha uma melhor compreensão do caso, é importante que ocorram os encontros entre os profissionais. E, que o terapeuta esteja disponível para ouvir o que se tem a dizer sobre o paciente e discutir aspectos relativos às demandas de saúde, preservando o conteúdo do trabalho terapêutico.

A família

As relações familiares se constituem como outra interface peculiar ao atendimento domiciliar, visto que, na prática do consultório, os contatos familiares não são tão frequentes e muitas vezes quase que inexistentes. Semelhantemente ao que ocorre nas internações hospitalares, diversas reações emocionais estão presentes nas pessoas envolvidas no atendimento domiciliar. Especialmente nesta modalidade de acompanhamento, a possibilidade de um vínculo mais próximo entre os profissionais e o paciente/família é maior. Cabe, então, ao terapeuta, estar atento aos sentimentos contratransferenciais despertados, para que não os atue e nem imponha os seus valores ou crenças, interferindo no modo de viver de cada paciente. Como afirma Roth (2002), o psicólogo ao adentrar na casa do paciente, está entrando em contato com o que ele tem de mais íntimo. Tudo na casa do paciente é revelador de sua forma de ser, de se organizar, de seus valores, de suas crenças, de suas ideologias, da organização da família.

Diferentemente do modelo tradicional de atendimento, é o paciente e/ou seus familiares que vão sugerir o local em que ocorrerá o atendimento. Não se sabe a priori nem o tipo de moradia que se encontrará, nem em que parte da casa a sessão psicológica poderá se realizar. Muitas vezes, a família não sabe como posicionar o psicoterapeuta: se como visita, como um amigo ou familiar. Não raro, apresentam-se situações em que os cuidadores ou familiares necessitam esclarecer dúvidas sobre o manejo da situação ou necessitam de suporte para o enfrentamento da mesma. Nestes casos, avalia-se se as estratégias utilizadas pelos mesmos são saudáveis ou não, isto é, se, de alguma forma, elas conseguem preservar sua vida (sair, realizar suas atividades, satisfazer seus desejos), se há mobilidade nos papéis desempenhados pelos diferentes membros da família, etc. Entretanto, cabe ao terapeuta manter as fronteiras do trabalho clínico, delimitando o espaço de trabalho e construindo o campo terapêutico.

Como podemos observar, o trabalho do psicólogo no âmbito domiciliar ocorre em diferentes instâncias e envolve vários agentes, que incluem desde o paciente, o cuidador, a família e a equipe de saúde. Neste sentido, o atendimento psicoterápico domiciliar a pacientes com doenças orgânicas está sujeito a peculiaridades que exigem, mesmo de psicoterapeutas experientes, conhecimentos mais específicos e técnicas mais adequadas à situação. As condições absolutamente únicas e originais das pessoas a serem atendidas, das relações interpessoais que se desenvolvem e do ambiente onde se faz o atendimento merecem uma reflexão mais detalhada (Penna, 1992).

Reflexões finais

Ainda que exista um movimento que resulte numa expansão profissional nas diferentes áreas da saúde, com reflexos importantes no desenvolvimento teórico e prático, verificamos a necessidade de estudos que contribuam para a integralidade de ações, isto é, espaços de interlocução entre os profissionais, equipes e serviços que visam a trabalhar ou promover a saúde. No caso específico da psicologia, como nos diz Yamamoto et al., (2001), a expansão, tanto do campo profissional quanto as inovações introduzidas nos campos tradicionais do psicólogo, carecem de estudos mais aprofundados para a construção de novos parâmetros teóricos e metodológicos, além de intervenções que dêem conta dessa nova realidade. Cada uma das problemáticas abre espaço para novas questões sobre a prática profissional, constituindo desafios teóricos e técnicos que exigem uma maior reflexão por parte dos profissionais sobre os processos que fundamentam suas práticas.

Em relação ao atendimento psicológico domiciliar, constatamos que este apresenta algumas características que são peculiares a sua prática que ainda não foram suficientemente estudadas, investigadas, tanto em relação aos fundamentos teóricos e técnicos que o sustentam e o validam, como em relação às questões éticas que se colocam. Aspectos como a demanda do paciente, o local onde se realiza o atendimento, assim como, o papel do terapeuta na relação com a família e com a equipe que presta assistência, são questões que o diferenciam de um atendimento clínico tradicional.

Porém, compartilhamos da idéia de que as especificidades presentes nessa forma de acompanhamento não inviabilizam a sua condição de intervenção clínica. Entendemos que o que caracteriza a prática clínica não é o local onde ela se realiza, nem a patologia apresentada pelos sujeitos, mas a postura do terapeuta e a sua capacidade de escuta frente ao sofrimento humano emergido no espaço terapêutico. Podemos dizer, então, que a ação clínica é determinada pela postura do psicoterapeuta em acolher e compreender o sofrimento do outro, oferecendo um espaço de escuta e reflexão e não pelo local, pela técnica ou pela patologia diagnosticada (Dutra, 2004). Neste sentido, o atendimento clínico está pautado não só nas questões metodológicas e técnicas, mas no posicionamento do psicoterapeuta ao preservar o objetivo da própria psicoterapia. Não é o fato de o atendimento ser realizado em um local diferente do proposto pela clínica tradicional, como o domicílio dos pacientes, por exemplo, que o impedirá de ser considerado um ato clínico. O que é importante ressaltar, é que nestes contextos alternativos, a postura do terapeuta é fundamental para a preservação do processo, já que, a possibilidade de intercorrências e interrupções é maior do que as ocorridas no espaço dito convencional. Verificamos que o psicoterapeuta, muitas vezes, mostra-se mais ativo, tendo que tomar decisões perante as situações inusitadas que apresentam para as quais não foi preparado.

Por esta razão, constatamos a necessidade da construção de parâmetros teóricos e técnicos que considerem as peculiaridades do atendimento psicológico domiciliar. Pois, pensamos não ser possível, e nem adequada, a transposição das técnicas utilizadas no atendimento realizado no hospital/consultório para esta modalidade de atendimento. Para tal, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre essas novas modalidades de intervenção, que visam, além da investigação dos processos específicos, a construção de novos referenciais. Contudo, este é um desafio que exige dos psicólogos uma reformulação interna e uma coerente adaptação às novas formas de atuação. Devemos estar abertos para revisarmos e atualizarmos as nossas práticas, os

nossos estudos teóricos e as intervenções utilizadas, a fim de não reproduzirmos, simplesmente, as fórmulas já apresentadas, especialmente, se levarmos em conta que o atendimento domiciliar é dirigido a uma clientela com peculiaridades que demandam essa reflexão.

O processo terapêutico no Atendimento Psicológico Domiciliar sob o olhar da
psicanálise.

The therapeutic process in home psychological treatment in gaze of psychoanalysis.

Silvia Pereira da Cruz Benetti

Mestrado em Psicologia- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Taís Jochims Reichel –

Mestranda Programa de Pos Graduação Psicologia - Universidade do Vale do Rio dos
Sinos – UNISINOS

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar uma discussão sobre as características do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar, considerando os conceitos básicos da psicoterapia psicanalítica, tais como o *setting*, a neutralidade, a intervenção e a relação terapêutica. Além disso, o mesmo se propõe a identificar e compreender os aspectos técnicos desta modalidade de acompanhamento, realizando uma reflexão teórica e técnica a partir do referencial psicanalítico. A metodologia utilizada foi o estudo de caso. Será apresentado e discutido *um* caso de paciente que recebeu o atendimento psicológico domiciliar, analisado a partir das seguintes categorias analíticas propostas: *setting*, neutralidade, intervenção e campo terapêutico e postura do terapeuta. Concluiu-se que foram encontradas características que diferenciam o processo terapêutico domiciliar de um atendimento psicoterápico de consultório desde o *setting*, a neutralidade, as intervenções e o campo ou a postura do terapeuta. Entretanto, evidencia-se que estas características, por si só, não inviabilizam o andamento do processo terapêutico. Pode-se constatar que as mudanças mais significativas centraram-se na postura e na exigência do terapeuta para a preservação do tratamento.

Palavras chave: atendimento psicológico domiciliar; psicoterapia; psicanálise.

ABSTRACT

This article aims to present a discussion on the characteristics of the therapeutic process in home psychological treatment, considering the basic concepts of psychoanalytic psychotherapy, such as the *setting*, the neutrality, intervention and therapeutic relationship. Moreover, it is proposed to identify and understand the technical aspects of this type of intervention, conducting a technical and theoretical reflection from the psychoanalytical references. The methodology was the case study. Will be presented and discussed one case of patient who received home psychological treatment, analyzed from the analytical categories proposals: setting neutrality, intervention and therapeutic relationship. It was found characteristics that differentiate the therapeutic process of a home care setting in psychotherapy office, the neutrality, in speeches and in the field or in the attitude of the therapist. However, these characteristics do not impede the process therapeutic outcome. However, one can see that the most significant changes have focused on posture and the therapist's demand for the preservation of treatment.

Key words: psychological care home; psychotherapy, psychoanalysis.

Atendimento psicológico domiciliar e enfoque psicanalítico

O atendimento psicológico domiciliar é um novo espaço de trabalho psicoterapêutico que vêm crescendo nos últimos anos, respondendo a uma demanda específica, desencadeada pelas mudanças ocorridas na área da saúde. Com o aumento da longevidade humana, a assistência domiciliar surge como uma alternativa para os hospitais e convênios de saúde, possibilitando a desospitalização dos pacientes, a promoção de qualidade de vida aos mesmos, e uma redução nos custos de todos os agentes envolvidos, isto é paciente-hospital-convênio (Vaisberg, 2003).

Em psicologia, o atendimento domiciliar (muitas vezes denominado home care⁸) é uma modalidade de atuação ainda pouco conhecida pela maioria dos profissionais. Com pouco material bibliográfico sobre o tema, ainda carece de discussões sobre questões referentes à sua natureza, ao manejo técnico e aos problemas éticos que envolvem a sua prática. Ainda que, muitas vezes, intervenções como essas permaneçam alicerçadas em ações provenientes de modelos psicológicos tradicionais, suas demandas específicas impõem a necessidade de reflexão e investigação para que novos referenciais sejam construídos.

Sendo assim, como coloca Vaisberg (2003), cabe aos psicólogos clínicos o importante papel de disponibilizar novas formas de atendimento ao sofrimento humano no mundo contemporâneo. Pois, como se sabe, a clínica é tradicionalmente compreendida como um modelo de intervenção privado, onde o paciente e o terapeuta dividem um espaço íntimo de consultório, sendo ainda sua prática exercida fora desse *setting* convencional, considerada objeto de polêmica e discussão. Dessa maneira, surge a exigência de que a psicologia faça uma reflexão acerca dos seus saberes e sua práxis, visando atender a uma demanda que se apresenta não só no contexto da clínica tradicional, pertinente aos consultórios fechados, mas em quaisquer situações em que a subjetividade humana e o seu sofrimento se revelem, e, assim, possam ser acolhidos (Dutra, 2004). Dentre uma destas novas demandas encontra-se o Atendimento Psicológico Domiciliar.

⁸ O conceito “Home Health Care” (HC) surgiu na década de 80 nos EUA, como prestação de assistência em domicílio, passando a ser adotado no Brasil a partir da década de 90. A assistência domiciliar vem crescendo em instituições públicas e privadas, baseada em argumentos que vão desde a relação custo-benefício que visam diminuir os custos da hospitalização, até a busca da humanização do tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes.

Este atendimento apresenta algumas características específicas que o diferenciam de um atendimento realizado no *setting* tradicional. Em geral, os casos atendidos no domicílio são graves. Os pacientes geralmente são acometidos bruscamente pela doença e pelas mudanças nas diversas dimensões de sua vida trazidas pela mesma. Portanto, lidam com limitações sérias que incluem a impossibilidade de se dirigirem ao consultório. Na maioria dos casos, o adoecimento clínico é acompanhado pelo adoecimento psicológico em função da adaptação emocional exigida pelas transformações na vida pessoal e familiar. Esta demanda de atendimento, por si só, não se constitui como uma necessidade distinta dos casos de doenças crônicas ou graves. O aspecto fundamental colocado nestas situações refere-se à proposta de realizar o processo terapêutico num *setting* diferenciado do habitual. Isto é, o próprio domicílio do paciente.

No Atendimento Domiciliar, procura-se estabelecer um *setting* que mantenha os alicerces básicos propostos pela psicanálise como a associação livre de idéias, a abstinência, a neutralidade, a atenção livre e flutuante e o amor à verdade. Entretanto, assim como na área clínica, os pressupostos teóricos e técnicos psicanalíticos foram construídos com base num *setting* terapêutico convencional. Conceitos como *setting*, neutralidade, intervenções e campo terapêutico foram apresentados e compreendidos dentro de um contexto específico, isto é, os consultórios privados.

Como define Zimerman (1999), o *setting* psicanalítico é a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico. “Neste contexto analista e analisando fazem parte da realidade psíquica que está sendo observada e, portanto, ambos são agentes da modificação da realidade exteriores à medida que modificam as respectivas realidades interiores” (p. 302). Sendo assim, segundo autor (1999), na psicanálise contemporânea é impossível separar o conceito de *setting* do conceito de campo analítico. Neste sentido, é com a manutenção dos seus integrantes essenciais, isto é, da neutralidade, da abstinência e do anonimato, que se alcançarão as condições necessárias para um adequado trabalho analítico.

Algumas situações, circunstâncias e imprevistos no transcurso da terapia, que ora dependem do paciente, ora do terapeuta, ou até mesmo de ambos, fazem com que ocorra a transposição de um *setting* já estabelecido para um outro ambiente diferente. (Pechansky, 2005). Situação que pode ser evidenciada no atendimento psicológico domiciliar, em que o “terapeuta, nessa situação, abandona o seu habitat natural para

exercer sua tarefa em um local em nada semelhante ao que ambos estavam acostumados” (Pechansky, 2005, p. 243).

Neste sentido, vários questionamentos se apresentam quando procuramos aplicar a teoria e a técnica psicanalítica nos atendimentos psicológicos realizados domiciliarmente. Dessa forma, como abordar conceitos da psicoterapia psicanalítica como neutralidade, campo analítico e intervenções neste novo contexto e neste novo *setting*? Em que as especificidades presentes nessa modalidade de atendimento, como a demanda, o *setting*, e os procedimentos utilizados pelo terapeuta interferem no processo terapêutico? Ao considerarmos que os pressupostos teóricos e técnicos apresentados pela psicanálise foram construídos a partir de um *setting* tradicional, como transpô-los para um ambiente que foge ao convencional?

A propósito de responder as questões mencionadas anteriormente, viemos através da apresentação e análise de um caso clínico discutir o acompanhamento psicoterápico fora do ambiente convencional, assim como, avaliar a aplicabilidade do referencial psicanalítico em um *setting* diferenciado como o ambiente domiciliar.

Método

No presente estudo, a fim de subsidiar a reflexão comparativa entre a teoria e a técnica utilizadas na psicoterapia psicanalítica convencional e no atendimento psicológico domiciliar utilizou-se a compreensão clínica - psicanalítica através do estudo de caso como modalidade de pesquisa. Entende-se que esta metodologia é indicada quando se busca explorar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação, assim como formular hipóteses ou desenvolver teorias (Gil, 2002).

Para o estudo das questões propostas, foi analisado o material clínico de um caso que está recebendo atendimento psicológico domiciliar. O caso escolhido seguiu os seguintes critérios: a) paciente em situação de permanência domiciliar por período indeterminado, b) paciente em condições clínicas (capacidade cognitiva) de acompanhamento psicoterápico, e c) paciente motivado para o atendimento. Seguindo cumprimento das questões éticas, foi solicitada ao paciente a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação dos mesmos na pesquisa.

Assim, foram realizadas entrevistas semanais, sendo considerados na análise das mesmas, os conceitos fundamentais da prática clínica psicanalítica como: *setting*, a neutralidade, a intervenção e a relação terapêutica. Inicialmente, fez-se a leitura de

todas as entrevistas, seguindo o roteiro proposto que se baseou a leitura de cada sessão e posteriormente análise conforme o Recorte de Conteúdos (Laville & Dionne, 1999). As sessões foram decompostas conforme o seu conteúdo, e os mesmos foram agrupados por similaridade em categorias analíticas definidas previamente conforme os elementos já descritos, como *setting*, neutralidade, intervenção e relação terapêutica.

Apresenta-se, a seguir, o caso investigado de João. Inicialmente, foi feita uma síntese da história clínica do caso e das 15 sessões terapêuticas atendidas em 4 meses para a pesquisa. Posteriormente, algumas considerações finais são feitas sobre o tema proposto, ou seja, o processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar.

João

Na ocasião do encaminhamento, João estava com 40 anos de idade, casado com Cecília e pai de uma filha de 7 anos, Patrícia. Apresentava um quadro clínico depressivo associado a uma situação de doença. Em função do não tratamento da doença (HIV), teve um Acidente Vascular Cerebral e ficou com seqüelas na área motora e na fala. Tornou-se muito revoltado, não aceitando a doença e nem o tratamento sugerido, manifestando vontade de morrer. João ingressa num programa de assistência domiciliar, pois não tinha condições de se deslocar ao consultório para atendimento. Cabe ressaltar, que durante o acompanhamento psicoterápico de João, seus atendimentos foram interrompidos devido à falta de autorização das sessões pelo seu plano de saúde. Como ele pertence a um grupo de pacientes que recebe assistência domiciliar, faz-se necessária a liberação das consultas através da central do convênio em Brasília. Então, por um período de um mês e meio, as sessões não foram autorizadas, sendo, retomado o acompanhamento, após liberação das mesmas.

Setting

A partir da análise do material das entrevistas, constatou-se que o *setting* no atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas peculiaridades que o diferenciam do acompanhamento psicoterápico convencional. Apesar de, em algumas sessões⁹, ele ter se mantido preservado, não havendo alterações tanto nos procedimentos como nas combinações e nas regras estabelecidas entre a dupla, em outras, algumas interrupções inesperadas aconteceram, interferindo no curso das sessões. Verificou-se que no atendimento psicológico domiciliar o terapeuta está mais

⁹ Sessões 1, 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14 e 15.

sujeito a imprevistos ou acontecimentos que fogem ao seu comando, o que faz com que a preservação do *setting* terapêutico seja constantemente posta à prova.

Primeiramente, diferente do que ocorre no atendimento privado, é o terapeuta que se desloca até o local onde ocorrem as sessões. No caso de João, entretanto, mesmo realizando o atendimento em casa, algumas regras foram estabelecidas para o andamento do tratamento. Após a avaliação e a aceitação do acompanhamento psicológico foram combinados o dia, o horário e o local do atendimento, o sigilo e a importância que ele falasse o que lhe viesse à cabeça.

Geralmente, ao chegar era recebida por João, quando se encontrava sozinho, ou por um membro da família. Todos sempre se mostraram muito receptivos e preocupados em organizar e preservar o local do atendimento. Estes foram realizados ora no quarto, ora na sala da residência do mesmo. Quando os encontros ocorriam no quarto, já na minha chegada, me encaminhavam para lá dizendo que João estava a minha espera. Havia, por parte da família e do próprio paciente, um movimento na preparação do espaço para o atendimento ao arrumarem a cadeira para eu sentar, ao fecharem a porta, ao desligar o rádio ou a TV, ficando, mesmo que, implicitamente entendido, que naquele momento iniciava o atendimento.

Na *sessão 13*, por exemplo, João, aguarda a terapeuta na sala, questionando se o atendimento pode ocorrer ali. Ou, na *sessão 3*, quando a terapeuta, já na recepção, é encaminhada para o local do atendimento pelo familiar, ou seja, o quarto da filha do paciente. Este local é o eleito por João por ser amplo e mais reservado, em relação às outras peças da casa. Outra particularidade evidenciada nos atendimentos é que algumas interrupções podem acontecer, fugindo ao controle do terapeuta; uma vez que, o espaço existente é compartilhado por mais pessoas, além do terapeuta-paciente. Esta situação pode ser observada na *sessão 3*, quando a filha interrompe o atendimento, pedindo para entrar no quarto, pois esqueceu algo; na *sessão 6* quando o cachorro entra dentro do quarto e a terapeuta tem que colocá-lo para fora e na *sessão 13*, quando no meio da entrevista o interfone toca e a sessão prossegue. Além disto, podem acontecer invasões no *setting*, como demonstrado na *sessão 6*, quando a esposa entra no quarto e questiona a terapeuta se João havia falado sobre a saída da fisioterapeuta, exigindo da mesma, a tarefa de acolher a sua demanda, mas sem, com isso, abandonar o contrato estabelecido, prejudicando, assim, a confiança do paciente.

Além das interrupções apresentadas, outro aspecto diferencia esse *setting* do tradicional, ou seja, a possibilidade de alterações no contrato terapêutico inicial. Como

expressado por João na *sessão 4*, ao dizer: “Hoje chegou mais cedo. *Eu estava aqui vendo um desenho, o M. É uma história engraçada.*”. Nesse caso, a terapeuta chega antes do horário marcado para a sessão, fazendo com que as regras acordadas tivessem que ser resgatadas e revistas. A mudança de horário no atendimento psicológico domiciliar é mais freqüente, pois, diferente do consultório, o terapeuta é quem se desloca até a residência do paciente. Sendo assim, nem sempre ele consegue prever o que irá acontecer na sua trajetória. Algumas vezes, ocorrem intecorrências que fogem ao seu controle como: o deslocamento do trânsito, o atendimento dos pacientes, que, às vezes, não estão em condições clínicas para realizá-lo, ou ainda, o surgimento de uma situação de emergência, que exige do terapeuta uma intervenção pontual como a chamada do socorro-médico ou até mesmo o suporte para o familiar e/ou cuidador.

Técnica

Neutralidade

Assim como o *setting* terapêutico, os aspectos relacionados à técnica e a relação entre a dupla terapeuta-paciente também mereceram um maior aprofundamento e reflexão. Percebe-se que a entrada da psicoterapeuta na casa do paciente favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima entre ambos. Nesse sentido, a postura do terapeuta é posta à prova a todo o momento, exigindo do mesmo uma constante reflexão acerca do seu posicionamento na relação. No caso de João, verificou-se que a terapeuta manteve uma postura neutra na maioria das *sessões*¹⁰, preservando um estado ideal de distância, favorecendo a livre associação do paciente, o contato com o mundo interno do mesmo, as intervenções realizadas, atingindo, assim, os objetivos terapêuticos propostos.

Porém, algumas características presentes nesse tipo de acompanhamento contribuem para uma mudança na postura da terapeuta, colocando em questão o conceito de neutralidade. Nas *sessões 3 e 5*, pode-se observar uma postura mais ativa por parte da mesma, ao se oferecer, na *sessão 3*, por exemplo, para ajudar ao paciente sentar e, na *sessão 5*, ao tomar a iniciativa de arrumar o tapete para o paciente passar. Ou, como ocorreu na *sessão 11*, que João pede para a terapeuta ajudá-lo a sentar e segurar o andador, atendendo, assim, ao pedido do mesmo.

Estas situações, em que o terapeuta age de forma a auxiliar o paciente mais diretamente nas suas necessidades, ocorrem com muita freqüência no atendimento

¹⁰ Sessões 1, 2, 6, 7, 9, 10,12 e 15.

domiciliar, justamente, pelos pacientes apresentarem algum grau de limitação, necessitando de auxílio. Assim, a terapeuta, em algumas circunstâncias, abandonou uma posição de escuta e intervindo de forma a ajudar o paciente nas suas necessidades de forma mais concreta.

Entretanto, entendeu-se que, em alguns momentos, a postura mais ativa da terapeuta não prejudicou o processo terapêutico. Ao contrário, até mesmo favoreceu o estabelecimento da aliança terapêutica e da compreensão do mundo interno do mesmo, suas defesas e fantasias. Como no caso de João, em que a terapeuta ao auxiliá-lo, pôde observar o seu comportamento e a sua reação ao receber ajuda, compreender o seu funcionamento, além de favorecer o estabelecimento do vínculo, possibilitando que o mesmo experimentasse uma vivência positiva diferente das referidas (significadas) por ele com as figuras objetais primárias.

Como resultado, a relação entre ambos torna-se mais estreita, o que faz com que o próprio paciente se sinta mais a vontade para questionar o terapeuta sobre a sua vida pessoal ou conversar sobre alguma questão do cotidiano durante o atendimento, colocando em cheque a postura neutra do mesmo. Estas situações podem ser evidenciadas tanto na *sessão 4* quando João pergunta: *“Tu não vais tirar férias?”* ou *“Tu vai passar o Ano Novo aqui?”*, como na *sessão 8*, em que pergunta: *“Vai para praia?”*. Observa-se que nos dois casos, a terapeuta ao responder as perguntas trazidas por João, abandonou a neutralidade técnica, satisfazendo (gratificando) o desejo do mesmo.

Entretanto, mesmo assim, ela procurou manter as regras propostas pela técnica psicanalítica, incentivando a associação livre do paciente, explorando seus sentimentos, fantasias e pensamentos e procurando interpretar os conteúdos trazidos por ele nas sessões. Esta atitude possibilitou a preservação da relação terapêutica, sendo a neutralidade resgatada com as intervenções realizadas.

Nestes atendimentos, constatou-se que, muitas vezes, é através da relação com o terapeuta que o paciente mantém o contato com o mundo externo. Sendo que, nem sempre, o conteúdo geral trazido nas sessões pode ser entendido como uma resistência ao trabalho. Algumas vezes, ele expressa uma forma que o paciente tem de comunicar-se e conectar-se com o que acontece no mundo lá fora. João apresentava esta necessidade ao trazer, muitas vezes, temas como: o clima, as notícias que ouvia no rádio e até as perguntas sobre os planos da terapeuta.

Situações como as apresentadas são bastante frequentes no atendimento psicológico domiciliar. Neste caso a habilidade do psicoterapeuta em manter a neutralidade, sem tornar-se frio e distante, procurando compreender o significado do pedido ou da necessidade daquele paciente, é condição fundamental para a preservação da relação e do processo terapêutico. Mais importante que responder as curiosidades trazidas pelos pacientes, é poder entender os seus significados e procurar explorar e penetrar nesse espaço oculto, isto é, nas fantasias presentes na mente dos mesmos. Dependendo, então, da postura do terapeuta, o tratamento poderá desvirtuar-se ou não, tornando-se mais uma visita domiciliar do que um tratamento psicoterápico.

Então, os fenômenos antes considerados como prejudiciais à análise, atualmente são considerados importantes fontes de informações e recursos para uma melhor compreensão do paciente, ou seja, como fonte de acesso do seu inconsciente, além de ser um meio pelo qual esse encontra para comunicar o que se passa em sua mente. Dessa maneira, o terapeuta, ao adotar uma postura empática e receptiva em relação ao paciente, poderá ser mais eficaz em suas interpretações, ajudando o mesmo a superar o seu sofrimento.

Intervenções

A terapeuta ao chegar na residência do paciente, comumente, aguardava a “organização” do setting, e, ao sentar-se, procurava colocar-se numa postura de ouvinte, deixando espaço para o paciente trazer livremente o material para a sessão. Mesmo que o encaminhamento da médica (ou da equipe) apontasse alguma hipótese diagnóstica, a terapeuta procurava manter uma postura de escuta, deixando-se, como indicava Freud, cegar-se artificialmente para ver melhor o que se passa com o paciente (Zimmerman, 1999, p. 296). O conteúdo trazido nas sessões era material produzido livremente pelo paciente, que refletiam diferentes aspectos da sua história, da sua situação atual, das fantasias e representações da doença, bem como do seu funcionamento mental, com as suas angústias e defesas.

Como apontado Kernberg (2003), na psicoterapia psicanalítica o ponto central das intervenções é a articulação entre a realidade externa do paciente e os desenvolvimentos transferenciais. Assim, a clarificação e a confrontação têm uma predominância maior nessa modalidade de tratamento do que a interpretação em si. Enquanto que, na psicanálise, a interpretação está voltada para a análise de transferência e para os significados inconscientes reativados ali com as relações objetais primitivas, na psicoterapia psicanalítica, as interpretações estão mais voltadas

para as vivências do aqui e agora. Na análise das entrevistas de João constatou-se que a terapeuta utilizou diferentes tipos de intervenções, desde “atividades interpretativas” até as “interpretações propriamente ditas” (Zimmerman, 1999, p. 383). Entende-se como “atividades interpretativas” os recursos utilizados pelo o analista como: interpretações extratransferenciais, a valorização da realidade exterior do paciente, a confrontação, a clarificação, a utilização de perguntas indagatórias para promover a abertura de novos vértices e instigar o paciente ao exercício da capacidade de *pensar*. E, como ‘interpretação’, as intervenções que visam tornar consciente o conflito inconsciente, com as respectivas pulsões, ansiedades e defesas, reproduzidas transferencialmente no *campo analítico* (Zimmerman, 1999, p. 383).

Desta maneira, estiveram presentes em todas as sessões tanto as *atividades interpretativas* como as interpretações propriamente ditas; sendo utilizadas pela terapeuta a partir do material produzido nos encontros e do andamento do processo analítico. Entretanto, verificou-se que as atividades interpretativas estiveram mais presentes do que as interpretações transferenciais, já que, na psicoterapia psicanalítica o objetivo não é recriar a neurose transferência. Assim, o uso das interpretações transferenciais é mais para remover as resistências e ajudar o paciente a compreender e resolver os seus conflitos (Soares, 2005).

Outras intervenções foram identificadas no processo terapêutico, como a clarificação e a confrontação, que visam dirigir a atenção do paciente para elementos da sua experiência, do seu comportamento ou do seu pensamento, mas sem aprofundar o significado que há por trás deles. “São intervenções que tem por objetivo ajudar o paciente a ser mais introspectivo, “ligar” sentimentos com sintomas, mas sempre visando chegar a uma interpretação do material inconsciente que está reprimido” (Soares, 2005, p.354). Como se manifesta na *sessão 9*, em que a terapeuta e o paciente conversavam sobre o período em que ele ficou sem atendimento. Segundo seu relato, ficava dividido em fazer ou não os exercícios solicitados pela equipe clínica, dizendo que “não tinha para quem fazer”, não tinha motivação. A terapeuta, então, pergunta, buscando *clarear* o que era para João ‘*estar dividido*’. E, na *sessão 12*, quando a terapeuta *confronta* João, questionando o seu pensamento sobre a relação com pessoas, que diz:

J-É, não, a mesma atitude dos outros eu também tinha, eu não tava nem aí. Mas eu não ahh...como é que eu vou dizer, eu não usava as pessoas, eu só não tava nem aí, porque eu não precisava.

T-Pelo menos é o que tu achavas?

J-Era o que eu achava.

T-Era o que tu achavas que tu não precisavas de ninguém, que tu mesmo te bastavas.

J-É.

T-E talvez a doença pôde te proporcionar outra visão.

J-É...me fez vê que...é isso que me incomoda. Mas se não tivesse a C., olha, não sei.

Pode-se dizer que a clarificação e a confrontação são intervenções preparatórias para a interpretação. Como coloca Kernberg (2003), a técnica da interpretação é entendida quando se realiza a clarificação da experiência consciente e pré-consciente do paciente, a confrontação do material trazido pelo paciente de forma verbal e o comportamento não verbal do mesmo, e a interpretação do significado inconsciente no aqui - agora, como forma de acessar o significado do inconsciente lá e então.

Embora as intervenções dirigidas para a “parte consciente e pré-consciente” do paciente tenham sido uma constante, pois ajudavam no desenvolvimento ou aprimoramento das funções egóicas do mesmo, como a capacidade de *pensar* suas experiências emocionais ou se deparar e lidar com as verdades penosas, as interpretações extratransferenciais e transferenciais, também, se fizeram presentes. As interpretações extratransferenciais ligam conflitos atuais com conflitos do passado, geralmente com pais ou irmãos, e as interpretações transferenciais são quando os conflitos primitivos são revividos com o próprio terapeuta (Soares, 2005).

Na *sessão 4* aparecem intervenções transferenciais e extratransferenciais, como apresentado no trecho a seguir, em que João, ao falar de suas férias, diz que era bom ficar sozinho, não depender de ninguém, não ter que falar com ninguém, mostrando a sua dificuldade em estabelecer vínculo, se relacionar, sentir-se dependente das pessoas. A terapeuta, ao entender que essa dificuldade também aparecia na relação entre eles, no compromisso com o tratamento, pois tinha que esperar por ela, falar durante os encontros, vendo-se dependente, procurou explorar através da intervenção transferencial esses conflitos apresentados por ele. No próprio trabalho terapêutico, foi possível perceber mudanças nas relações de João. Inicialmente, apresentava um funcionamento narcisista, centrado em si mesmo, não reconhecendo a existência do outro, e, com a evolução do tratamento, passou a reconhecer a presença dos demais,

como manifestado no seu relato ao colocar sobre a importância da equipe e da terapeuta na sua vida, dizendo sentindo-se apoiado e estimulado pelas mesmas.

J- (...) Conhecia algumas pessoas, mas falava estou ali e pronto. Nunca fui de me envolver. Não gostava de ter que depender de ninguém. Eu trabalhava, tinha a minha grana.

T- Falas como não gosta de depender de ninguém. Como te sentes em relação a mim, ao tratamento, dependes do horário que eu venho. Não és tu que determina as coisas.

J- Eu fico fazendo os exercícios em outros dias também. Por exemplo, a M. vem, mas eu fico fazendo aquilo que ela me passa nos outros dias também. Assim como a Ângela. Eu fico aqui fazendo aquilo que elas me passaram. Isto me ocupa e me dá disposição, me sinto bem fazendo.

T- É como se nós te trouxéssemos coisas boas, como se fossemos o contato com o mundo lá fora.

J- É eu sempre pergunto como é que está o tempo, se está calor. Assim como quando eu assisto TV. Estava vendo um programa que mostrava as ruas, fico viajando, imaginando como é.

Esta situação pode ser verificada também na *sessão 8*, quando João afirmou que não gostava quando perguntavam sobre a sua vida, mas, ao mesmo tempo, demonstrava estar vinculado com a terapeuta e com a equipe técnica dizendo:

J - Se tem alguém que eu tenho que dizer as coisas é para ti, para a J, para Dr^a. C., para a M., vocês que vem me ajudando a melhorar. Eu sempre fui assim (...) Eu sempre fui de ficar na minha, não falava sobre a minha vida. Já chegava brincando, para as pessoas não perguntarem (...).

T- Não falava de ti por ter medo de te tornar um chato?

J- Acho que ninguém quer ouvir ninguém.

T- Será que pelo fato de não te sentires ouvido na tua casa pela tua mãe, não ficastes com esta sensação que ninguém quer ouvir falares da tua vida.

J- A única pessoa que eu converso é contigo. Nunca fui de falar sobre as minhas coisas. Acho isto feio.

T- Parece que por te sentir mais seguro, sentir que estou aqui para te ajudar, ter um espaço teu, sente-se melhor para falar das tuas coisas.

Na *sessão 14*, por exemplo, quando o paciente falou sobre o relacionamento com Cecília e sobre a notícia da sua gravidez, a terapeuta, através da interpretação extratransferencial, pode explorar os conflitos que João apresentava em relação à figura paterna, medo do abandono e do não reconhecimento.

T- Como é que foi?

J- Foi boa. Mas no começo eu não queria. Porque eu achava que aquilo... ahh... Sempre levei e levo a gravidez a sério. Eu tenho um termo *`pai bar`*, não quero ser um. Nunca fui. Pai bar, não. Eu pegava no pé dos caras que tem um monte de filhos, mas não é pai de nenhum. Dei o nome para eles de *“pai bar”*.

T- Talvez, tu tinhas medo que acontecesse...

J- O mesmo que aconteceu comigo.

T- Que aconteceu contigo.

J- É. Eu não ia. Aí quando veio a Patrícia parece que mudou... Eu fiquei mais na minha.

T- Como assim mais na tua?

J- Eu dizia pra um amigo meu que se tivesse 10 reais, tu tinha que levar pra casa 6, 4 tu até gastava, e antes é uma coisa que...

T- Tu só tinhas que pensar em ti?

J- É.

T- E essa é uma característica tua, tu sempre te colocou em primeiro lugar.

J- É. Porque olhava pra trás e não tinha ninguém, só eu.

Conforme algumas situações apresentadas foram utilizadas tanto intervenções interpretativas como interpretações voltadas para os mecanismos de defesa e para as angústias, visando favorecer o amadurecimento e o fortalecimento egóico, assim como a integração das partes dissociadas do paciente. Verificou-se que, mesmo tratando-se de um acompanhamento psicológico domiciliar, a observação e compreensão dos movimentos transferenciais do paciente foram uma constante preocupação da terapeuta, mantendo uma postura mais ativa em alguns momentos e mais neutra em outros.

Campo terapêutico (postura terapeuta):

Na psicanálise contemporânea, o analista não só observa e interpreta o que percebe no paciente, mas inclui os dados provenientes da sua observação a cerca de si

mesmo, de suas reações emocionais e da possível conexão destas com o que existe no mundo interno do paciente, utilizando a contratransferência como um instrumento de observação. O ideal a ser atingido, portanto, é o da observação da subjetividade de paciente e analista (Eizirik, 2000, p. 711-12).

Pode-se dizer que a partir de estudos e da introdução de novos conceitos, como o da identificação projetiva e da contratransferência, foi-se gradualmente incluindo a mente do analista e reconhecendo a sua participação no processo analítico. Como afirmam Zaslavsky e Santos (2005), o que era uma psicologia de *um* passa a ser uma psicologia do vínculo que une *dois*. Sendo assim, o aspecto relacional ou vincular passa a ser uma das características da psicanálise contemporânea. “O encontro analítico passou a ser observado e estudado como uma relação que produz um impacto emocional mútuo, no qual ocorrem trocas de informações, ou seja, comunicações, em nível verbal e não-verbal, intencionais ou não” (Zaslavsky & Santos, 2005, p. 295).

Sendo assim, considera-se existência de um campo intersubjetivo dinâmico em que terapeuta e paciente não podem mais ser compreendidos separadamente. Pois, como coloca Bion, o analista entra em cena não mais como um mero observador e tradutor da vida mental do paciente, mas contribui com a sua própria vida mental às ocorrências dentro da sessão, sendo um dos fatores constituintes das transformações que ali ocorrem (Favalli, 2005, p. 144).

Contudo, para que o campo terapêutico se estruture e a relação estabelecida entre a dupla tenha a conotação de tratamento psicoterápico algumas condições são necessárias. Considera-se ser indispensável à manutenção da estabilidade do *setting*, cabendo ao analisando a tarefa de associar livremente e ao terapeuta escutar, tentar integrar elementos vivenciados e interpretá-los, mantendo uma postura que preserve a assimetria e a abstinência.

Neste sentido, verificou-se que, durante o processo psicoterápico de João, tanto a postura do paciente quanto a da terapeuta favoreceu a construção do campo terapêutico. Pode-se dizer que a atitude do paciente de aguardar a terapeuta, fisicamente, assim como o fato de trazer livremente conteúdos ligados às representações internas dos seus pensamentos, afetos e reflexões sobre seu comportamento, favoreceu a construção do espaço (campo terapêutico), em que o mesmo pode reviver e elaborar suas experiências através da relação com o terapeuta. E, este último, na medida em que demonstrou disponibilidade, flexibilidade e habilidade e manteve uma postura de “ouvinte”, procurando estabelecer uma postura empática

perante o material trazido pelo paciente, explorando os aspectos com vistas a favorecer a compreensão do funcionamento psíquico do paciente, também, contribuiu para essa construção.

Nos atendimentos de João fica bem clara a presença da terapeuta no processo terapêutico e a relação estabelecida entre a dupla. Como na *sessão 9*, quando assim como o paciente, a terapeuta apresentava-se envolvida na questão da interrupção do tratamento, procurando analisar os sentimentos despertados tanto em si, como os suscitados no paciente pela situação. O sentimento de impotência, indignação trazido pelo paciente, de alguma maneira, refletia os sentimentos da terapeuta ao se sentir também desta forma em relação à interrupção do tratamento.

J- Mas a Médica e a Enfermeira estiveram aqui e aí falaram que eu participava, que o Programa tinha se encerrado, no começo até que eu, até que, claro eu fiquei triste, mas com o tempo, aí depois, eu até falei com a Fisioterapeuta e com a Fonoaudióloga que eu ia continuar fazendo os exercícios, mas a motivação é que foi embora, eu ficava dizendo pra mim daqui a um dia, mas a motivação...

T- Vamos conversar. Como é que foi, porque tu estás dizendo, num primeiro momento a tua idéia era manter isso, manter tuas atividades, manter os exercícios.

J- Isso, manter os exercícios, mas é bom tu ter uma pessoa, um profissional do ramo que te indique o caminho, mas essa experiência de todo mundo sair me desmotivou

T- Como é que tu te sentiste?

J- Largado

T- Largado? Como se tu estivesse sido abandonado?

J- É! Largado.

Assim como na *sessão 14*, em que a terapeuta e o paciente falam do acidente ocorrido no dia anterior, noticiado na imprensa, sobre a imprudência das pessoas no trânsito, e, em seguida, João associa aquelas situações com a conduta que teve em relação a sua vida, a falta de cuidado que teve consigo, não se prevenindo, contraindo, assim, o HIV. Aparece, na sessão, a troca entre a dupla e os sentimentos despertados em ambos naquele encontro. A terapeuta demonstra seus sentimentos e emoções,

porém, nem por isso deixa de presidir o processo terapêutico, buscando explorar e relacionar o conteúdo trazido com a realidade psíquica do paciente.

J- (...) mais impressionante é que morreram 26 pessoas, mas não é por isso, é que teve um acidente, aí, depois de uma hora e pouca veio um outro caminhão, uma hora e pouco, veio o caminhão e esse sim ahh... levou todo mundo. Então tinha repórter, gente da saúde, polícia, curiosos. Levou todo mundo.

T- Que loucura, não é.

J- Pô.

T- Mas, um horror. Eu vi a foto na Zero Hora...

J- Que é isso. O cara tinha 28 anos, não tinha experiência com caminhão, levou todo mundo.

T- Bahh. Que loucura.

J- Que loucura. Imagina, já teve o acidente, aí tu estás trabalhando, aí tu olha pro lado caminhão vem. Que isso!

T- Que pavor, né.

J- Porra.

T- Coisa horrível. Eu nem li a reportagem, eu só vi a fotografia.

J- Tava... ahh... vendo a televisão, só que a televisão tava assim, é..., hora é um número de morte, hora é outro, aí eu tava ouvindo o rádio antes de tu chegar. Então, digo, porque está toda hora dando.

T- E o que tu pensaste em relação a isso.

J- A impunidade, de novo. (. . .)

Segue:

T- Sim. E o quanto, às vezes, a imprudência das pessoas...

J- A imprudência.

T- Coloca em risco a vida de outros.

J- Eu acho mais a imprudência.

T- E aí, assim, como lidar com isso. Como é difícil a gente, às vezes, lidar com esse sentimento de raiva, de indignação que nos dá, não é.

J- Sabe que nas estradas até que eu me cuidava bem, mas onde eu devia me cuidar, eu não me cuidei.

T- Ah.

J- Nas estradas da vida.

T- Vamos falar disso...

J- Nas estradas, eu me cuidava, não bebia. Eu ia legal, não corria. Eu era legal. Eu sou, era...era um motorista até bacana, ia quando podia. Mas, só aí.

Essa vivência intersubjetiva favorece um contato emocional mais genuíno com o paciente, possibilitando uma melhor compreensão do que se passa no mundo interno do mesmo, permitindo ao terapeuta, a partir das intervenções, promover as mudanças psíquicas almeçadas. Na medida em que o processo terapêutico com João foi se desenrolando, a história e dinâmica de seu funcionamento foram sendo compreendidas como o modo que estabelecia as relações, independente e centrado em si mesmo; os mecanismos de defesas utilizados por ele, onipotência, dissociação e negação, além dos afetos e fantasias trazidos sobre a sua doença.

Com o trabalho psicoterápico estas questões puderam ser trabalhadas e algumas modificações identificadas, como por exemplo, no relacionamento com a equipe, a quebra do pensamento onipotente, etc. Como pode ser evidenciado na *sessão 7*, quando ao conversarmos sobre a troca das fisioterapeutas, João manifestou o sentimento de abandono que sentia no atendimento da fisioterapeuta Ângela, e da necessidade que sentia de ter uma pessoa que lhe desse atenção e acolhesse:

J- A Ângela veio muito poucas vezes e ficava aérea, parecia não estar nem aí para o que estava fazendo. Depois entendi que ela não estava bem. Eu já não me sinto bem como estou, com alguém que não me incentiva, que parece que nem está aqui, fica com a cabeça longe, fico pior. Preciso de alguém que me ajude e que me incentive, senão fico pior.

T- Te sentiste abandonado?

J- Parecia que ela não estava conseguindo se concentrar no que estava fazendo. Eu perguntava as coisas para ela e ela estava com a cabeça longe. Ficava fazendo os exercícios sozinho. Então não precisava de ninguém.

Ou na *sessão 9*, ao falar da sua dificuldade de relacionar-se com as pessoas, de confiar.

J- É, é, antes, já tinha conversado, me sentia tipo eu, muito eu, e agora eu.

T- Quase como auto-suficiente, tu te sentia forte, te sentia capaz, quase como inatingível.

J- Eu tava na rua e eu andava, não perguntava pra ninguém, porque ninguém me sustentava. Então, eu achava que se eu tivesse com sede, com fome, eu comia, eu bebia, ninguém dizia pra mim olha tu tem que comer isso ou aquilo, não quero. Mas, agora, eu sinto, assim, se eu ficar numa..., num espaço pequeno, eu fico, porque eu não consigo interagir com essas pessoas, não consigo me aceitar... assim como eu não consigo aceitar os outros, é difícil, eu vejo...

Os pacientes que recebem o acompanhamento psicológico domiciliar têm uma vida bastante limitada, pois apresentam seqüelas que os impossibilitam de levar uma vida “normal”. Muitas vezes, referem ter desejo de realizar alguma atividade ou tarefa, mas se vêem impossibilitados pela sua condição física. Esta situação desperta e mobiliza no terapeuta sentimentos contratransferenciais como impotência, “pena”, pela sua condição e limitações, difíceis de manejar. Exige do profissional uma constante reflexão, para que estes sentimentos e pensamentos não tomem conta, reforçando e conluiando com a parte doente do paciente, mas, ao contrário, ajudem ao terapeuta a compreender como este se sente para poder ajudá-lo. No entanto, como dito anteriormente, os sentimentos contratransferenciais despertados não são um entrave para o processo psicoterápico desde que o terapeuta entenda-os como mais uma forma de compreender o que se passa com o paciente e consigo, para, então, intervir.

Cabe ressaltar que estas características específicas dos pacientes atendidos no domicílio exigem do terapeuta, em alguns momentos, uma postura mais flexível e tolerante, entendendo que aquele encontro é um dos poucos espaços que o paciente tem para conversar e trazer situações observadas por ele sobre o mundo externo. Muitas vezes, é através do contato com o mesmo que o paciente se comunica com o mundo lá fora. O importante é que o terapeuta possa incluir esse material para auxiliá-lo a compreender melhor o paciente e trabalhar os conflitos apresentados por ele. Isto fica explicitado nas sessões com João ao iniciar a maioria delas com temas relacionados ao tempo, clima, assuntos que ouviu no rádio ou tv, observação sobre aparelho de gravação etc. Como aparece na *sessão 3*:

J- Como está calor. Acho que isto ajuda. (aquele dia estava muito quente)

T- Quer abrir a janela?

J- Já está aberta. Este apartamento é muito quente e está muito abafado. Ele é quente no verão e frio no inverno. É 8 ou 80.

T- 8 ou 80?

J- Mas no mais está tudo indo.

Discussão

A questão fundamental deste trabalho foi analisar as características do processo terapêutico no atendimento psicológico domiciliar, considerando os conceitos básicos da psicoterapia psicanalítica, tais como o *setting*, a neutralidade, a intervenção e a relação terapêutica. Além disso, o mesmo se propôs a identificar e compreender os aspectos técnicos desta modalidade de acompanhamento, contribuindo para a uma reflexão teórica e técnica a partir do referencial psicanalítico.

Verificou-se que o atendimento psicológico domiciliar apresenta algumas características peculiares que o diferenciam de um atendimento convencional. Entretanto, acredita-se que, mesmo apresentando alterações importantes na técnica, o trabalho psicoterapêutico preserva seu objetivo, ainda que, realizado no âmbito domiciliar. Entende-se que o estabelecimento do campo terapêutico é possível, ou seja, a construção de um espaço, no qual o paciente, através da relação com o terapeuta, pode ressignificar suas vivências passadas, modificando o seu modo de se relacionar, suas defesas e angústias, alcançando, assim, verdadeiras mudanças psíquicas.

A partir da análise das categorias analíticas apresentadas, constatou-se que o *setting* passa a ser a casa do paciente, o que o torna diferenciado em alguns aspectos do consultório privado. No atendimento psicológico domiciliar é o terapeuta que se desloca para a realização do atendimento. O local das sessões nem sempre é o mesmo e, muitas vezes, este é definido pelo próprio paciente/familiar. Como foi apresentado no relato do caso, algumas interrupções e interferências podem acontecer, pois o espaço existente é compartilhado por mais pessoas além do analista-analisando. Outra característica específica desta modalidade é que existe uma proximidade maior do terapeuta com a vida privada do paciente e dos seus familiares, sendo transmitidas, muitas vezes, informações por outra via que não a da associação livre do paciente.

Neste sentido, a preservação do *setting* terapêutico no atendimento psicológico domiciliar é constantemente posta à prova. O terapeuta está mais exposto a situações

inusitadas, imprevistos e interrupções. Sendo assim, para que o objetivo proposto seja atingido, isto é, ajudar ao paciente a reexperimentar e ressignificar através do vínculo transferencial as suas vivências infantis, uma modificação na sua postura faz-se necessária, tendo, assim, que exercer mais ativamente o seu papel. A condução do terapeuta em reconhecer, integrar e interpretar os acontecimentos relatados é essencial, cabendo ao mesmo orientar e ajudar na construção de um *setting* favorável para a realização da psicoterapia na esfera domiciliar.

Acredita-se que mesmo que o *setting* ocorra na casa do paciente, ele não deixa de cumprir as suas funções. Ou seja, a de estabelecer o aporte da realidade exterior, com suas privações e frustrações, contribuindo para o predomínio do princípio de realidade sobre o do prazer, ajudando a delimitar entre o eu e os outros, auxiliando na capacidade de diferenciação, separação e individuação (Zimmerman, 1999). Entretanto a efetividade do processo terapêutico dependerá da sua delimitação e preservação, assim como do posicionamento ativo do terapeuta para esta realização. Pois, é a construção deste espaço terapêutico, com suas regras e suas funções, que delimita a diferenciação do acompanhamento psicológico realizado na casa dos pacientes de visitas domiciliares.

Assim como o *setting* terapêutico apresentou particularidades, algumas características presentes nesse tipo de acompanhamento contribuem para uma mudança na postura da terapeuta, colocando em questão o conceito de neutralidade. Como pode ser percebida, a manutenção da neutralidade não é uma tarefa fácil nos atendimentos domiciliares. Pois, além do vínculo terapeuta-paciente tornar-se mais próximo, os pacientes apresentam um quadro clínico que exige do mesmo, em alguns momentos, o abandono de uma postura neutra e de escuta, para uma postura de sugestão e orientação, a fim de preservar o estado de saúde daquele paciente. O terapeuta, em algumas circunstâncias, tem que abandonar a posição de escuta, intervindo de forma mais concreta, com vistas a resguardar a relação terapêutica construída. Neste caso, a habilidade do terapeuta em manter a neutralidade, sem tornar-se frio e distante, procurando compreender o significado do pedido ou da necessidade daquele paciente, é um desafio que exige constante reflexão sobre o seu posicionamento na relação. Contudo, mesmo que, em alguns momentos, a postura neutra tenha sido abandonada pela terapeuta, houve uma preocupação em explorar o material trazido pelo paciente, favorecendo a associação livre e a amplitude da capacidade de pensar do mesmo. Pois,

como se sabe, é a preservação de uma postura neutra e de escuta que irá proporcionar o verdadeiro tratamento psicoterápico.

As intervenções presentes no atendimento psicoterápico domiciliar também apresentam características próprias, demandando do terapeuta sensibilidade e habilidade na hora de intervir. Quando estamos na residência dos pacientes, nos deparamos com muitas informações, que se atravessam no tratamento, dificultando o trabalho terapêutico e a escolha de qual questão intervir. Por isto, é fundamental a avaliação da demanda deste paciente no início do tratamento, pois, é a partir da mesma, que serão traçados os objetivos a serem seguidos.

Pode-se dizer que por os pacientes apresentarem uma doença grave, com uma vida bastante limitada, necessitando de um suporte emocional, as intervenções de apoio tornam-se mais presentes, competindo ao terapeuta à escolha da hora de interpretar e de acolher. Muitas vezes, temos que fazer o movimento de interpretar e depois dar suporte, com o uso de intervenções mais ativas e sugestivas. Porém, como pode ser constatada, mesmo tratando-se de um acompanhamento psicológico domiciliar, a observação e compreensão dos movimentos transferenciais no processo terapêutico foi uma constante preocupação da terapeuta. Pois, como se sabe, para que a reorganização psíquica do sujeito e a modificação dos sintomas ocorram de forma significativa, é indispensável à presença das interpretações transferenciais. No entanto, verificou-se que as atividades interpretativas estiveram mais presentes do que às interpretações transferenciais propriamente ditas. Inicialmente, foram utilizadas intervenções que visavam à exploração e clarificação do material associado, ficando, as interpretações transferenciais empregadas a partir do estabelecimento da aliança terapêutica.

Em relação ao campo terapêutico, identificou-se que, apesar das sessões terem ocorrido em casa, sua construção não se mostrou prejudicada. Mesmo que variasse o local do atendimento, ora no quarto ora na sala, a criação deste campo aconteceu. Como relatado no trabalho, tanto a postura empática, flexível e de escuta do terapeuta, como a do paciente, associando livremente e resguardando o espaço do atendimento, foram cruciais para o estabelecimento do mesmo. Percebeu-se, através dos relatos, que as trocas, as comunicações verbais ou não verbais, conscientes ou inconscientes, estiveram presentes a todo o momento, sendo, então, a presença do terapeuta, como sujeito participante do processo terapêutico, uma constante.

Assim, no atendimento psicológico domiciliar estão presentes o campo terapêutico (a postura do terapeuta), o trabalho de intervenções e a produção dos

pacientes (associação livre), indicativos de um trabalho psicanalítico (composto por três elementos a interpretação, análise de transferência e a neutralidade técnica) realizado em um contexto diferente do convencional. Entende-se que a prática clínica não é caracterizada pelo local onde ela se realiza, nem pela patologia apresentada pelos sujeitos, mas pela postura do terapeuta e a sua capacidade de escuta frente ao sofrimento humano emergido no espaço terapêutico. A ação clínica está fundamentada na postura do psicoterapeuta em acolher e compreender o sofrimento do outro, oferecendo um espaço de escuta e reflexão e não pelo local, pela técnica ou pela patologia diagnosticada (Dutra, 2004).

Sendo assim, talvez, o que se destaca no trabalho psicoterápico domiciliar não são as alterações ocorridas no *setting*, nem nas intervenções ou no campo terapêutico. Mas, as questões relativas à postura e ao papel exigido do terapeuta. Encontra-se mais exposto e vulnerável, uma vez que está em um *setting* que sofre interferências que fogem ao seu comandado, sendo-lhe exigida uma postura ativa e flexível, mas, sem que, ao mesmo tempo, seja abandonada a sua posição de neutralidade. Sendo assim, pode-se afirmar que a preservação e a realização do processo terapêutico no âmbito domiciliar dependem, fundamentalmente, da posição de escuta e das intervenções do terapeuta, diferenciando, assim, o acompanhamento psicológico domiciliar de uma atividade terapêutica mais focal.

Contudo, este é um desafio que exige dos psicólogos uma reformulação interna e uma coerente adaptação às novas formas de atuação. Devemos estar abertos para revisarmos e atualizarmos as nossas práticas, os nossos estudos teóricos e as intervenções utilizadas, a fim de não reproduzirmos, simplesmente, as fórmulas já apresentadas, especialmente, se levarmos em conta que o atendimento domiciliar é dirigido a uma clientela com peculiaridades que demandam essa reflexão.

Referências

- Aguiar, F. (2001). Método Clínico: método Clínico? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14, 609-16. Acessado em Dezembro 22, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Almeida, L.P., & Rodrigues, J. T. (2003). Narrativa e Internet: possibilidades e limites do atendimento psicoterápico mediado pelo computador [Versão Eletrônica]. *Psicologia, ciência e profissão*, 23, 10-17. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de Dados Bireme.
- American Psychological Association (2006). *Manual de estilo da APA*. Porto Alegre: Artmed.
- Angerami, V.A.C. (2000). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira.
- Azevedo, M. A S. B. de. (1985). A psicoterapia breve de orientação psicanalítica e suas possibilidades de intervenção a nível comunitário [Versão Eletrônica]. *Ciência Cultura*, 37, 937-939. Acessado em Novembro 09, 2006, do Banco de Dados Bireme.
- Barros, T. M. (2002). Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral [Versão Eletrônica]. *Aletheia*, 15, 77-83. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de Dados Bireme.
- Bolze, S. D. A., & Castoldi, L. (2005). O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar [Versão Eletrônica]. *Aletheia*, 21, 79-91. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de Dados Bireme.
- Botella, C., & Botella, S. (2003). Apesquisa em psicanálise. In A. Green, *Psicanálise Contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise* (pp.421-442). Rio de Janeiro: Imago.
- Brasil, C. S., Fait, C. S., Marcolla, G. R. S., Woycicki, J. R., Silva, P. L., & Mayer, R.T. R. (2006) A interface Saúde Mental e Atenção Básica. “Manuscrito em preparação”.
- Cordioli, A. V. (1997). Como atuam as psicoterapias. In A. V. Cordioli, (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 18-29). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, L.F., & Brandão, S.N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora [Versão Eletrônica]. *Psicologia e Sociedade*, 17, 33-41. Acessado em Outubro 05, 2006, do Banco de Dados Bireme.
- Cruz, J. G. (1993) *Desvios da neutralidade e sua relação com os aspectos narcisistas da personalidade do terapeuta*. Trabalho apresentado à 16ª Jornada Sul-Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. Gramado.
- Dewald, P. A. (1972). *Psicoterapia: um enfoque dinâmico*. Barcelona: Ediciones Toray.

- Dutra, E. (2004) Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 381-387.
- Eizirik, C. L., Aguiar R., Schestatsky, S. (1989). *Psicoterapia de Orientação Analítica Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eizirik, C. L. (1993). Entre a escuta e a interpretação: um estudo evolutivo da neutralidade psicanalítica. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 1.
- Eizirik, C. L. (2000). Entre a objetividade, a subjetividade e a intersubjetividade: ainda há lugar para a neutralidade analítica? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 34, 711-721.
- Eizirik, C.L. (2006). Psicanálise e pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 171-72. Acessado em Janeiro 25, 2007, do Banco de Dados Bireme.
- Esparcia, A. J. (2002). La psicología de Internet e la psicología en Internet: regulación deontológica y ética de la intervención psicológica a través da Internet [Versão Eletrônica]. *Psicologia em revista*, 8, 11-23. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Favalli, P.H.F.(2005). Campo e intersubjetividade . In C.L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.141-156). Porto Alegre: Artmed.
- Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Figueiredo, L. C. M. (1996). Os Lugares da psicologia. In Figueiredo, L.C.M (Ed.), *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos* (pp.13-33). São Paulo: Vozes.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Freud, S. (1910/1981). El Porvenir de la terapia psicoanalítica. In *Obras Completas*: vol 2. (4ª ed., pp. 1564-1570) Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1912/1981). La dinamica de la transferencia. In *Obras Completas*: vol 2. (4ª ed., pp. 1649-1653) Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1912/1981). Consejos al medico en el tratamiento Psicoanalítico. In *Obras Completa*: vol 2. (4ª ed., pp. 1654-1660) Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1913/1981). La iniciacion del tratamiento. In *Obras Completas*: vol 2. (4ª ed., pp. 1661-1674) Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1914 (1915)/1981). Observaciones sobre el “amor de transferencia”. In *Obras Completas*: vol 2. (4ª ed., pp. 1689-1696) Madrid: Biblioteca Nueva.

- Gibeault, A. (2003). Do processo analítico em psicanálise e em psicoterapia: do interpessoal ao intrapsíquico. In A. Green, *Psicanálise Contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise* (pp.65-84). Rio de Janeiro: Imago.
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo. Atlas.
- Haguette, T. M. F. (2003). A definição dos objetivos e o estabelecimento de uma hierarquia em seu interno. In E. R.Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (pp. 143-145). Rio de Janeiro, Vozes.
- Hearn J., Higginson I.J. (1998). Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review [Versão Eletrônica]. *Palliative medicine*, 12, 317-32. Acessado em Novembro 03, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Heimann, P. (1961-62). Acerca de la contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicanalisis* 4, 129-136.
- Heimann, P. (1961-62). Contratransferencia. *Revista Uruguaya de Psicanalisis.*, 4, 1237-49.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 3, 483-490.
- Kernberg, O. F. (2003). Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio. In A. Green, *Psicanálise Contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise* (pp.23-49). Rio de Janeiro: Imago.
- Krieger, C.A.M. & Neto, A.C. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente hospitalizado. In C.L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.768-777). Porto Alegre: Artmed.
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*, (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Londero, I., & Pacheco, J. T. B. (2006). Por que encaminhar ao acompanhante terapêutico? uma discussão considerando a perspectiva de psicólogos e psiquiatras. *Psicologia e Estudo*, 2, 257-266.
- Lowenkron, T. S. (2004). O objeto da investigação psicanalítica. In F. Herrmann & T.S. Lowenkron, *Pesquisando com o Método Psicanalítico*, (pp. 21-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lowenkron, T. S. (2005). A investigação psicanalítica está ameaçada de extinção? [Versão Eletrônica]. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39, 159-168. Acessado em Janeiro 16, 2007, do Banco de dados Bireme.
- Machado, L.M.K. (2003) A preservação do método, ante as dificuldades atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37, 355-363.

- Marques, S. M. & Ferraz, A. F. (2004). A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a perspectiva de familiares cuidadores [Versão Eletrônica]. *Remete Revista Mineira de Enfermagem*, 8, 182-190. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Meyer, Luiz. (1993). O método psicanalítico. In M.E.L. Silva, *Investigação e Psicanálise* (pp.27-48). São Paulo: Papirus.
- Mezan, R. (1993). Que significa “pesquisa” em psicanálise? In M.E.L. Silva, *Investigação e Psicanálise* (pp.49-89). São Paulo: Papirus.
- Nascimento, K. C., Virgilio, M. S., Mendonça, R. S., & Scoz, T. M. X. (2002). Visita a família em seu domicílio: uma possibilidade de cuidado que ultrapassa os limites do biológico. *Nursing*, 5, 30-34. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- O Atendimento Domiciliar em Psicologia. Disponível: [\(2001\)](http://www.crpsp.org.br) Acessado em Setembro 20, 2004.
- Passos, E. & Barros, R. B.de. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 71-79. Acessado em Setembro 17, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Pechansky, (2005). Setting psicoterápico: neutralidade, abstinência e anonimato. In C.L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S. S. Schestatsky (Eds.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.235-245). Porto Alegre: Artmed.
- Penna, A G. (1992). *História da Psicologia no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Imago.
- Pereira, J.A.F. (2004). O paciente como obra de arte: uma questão teórico-clínica. In F. Herrmann & T. S. Lowenkron, *Pesquisando com o Método Psicanalítico* (pp. 33 - 41). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prado, O. Z. (2003). *Terapia via internet e relação terapêutica* [Versão Eletrônica]. Tese de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Roth, M.C. (2002). Atendimento Psicológico Domiciliar. In V.A.C. Angerami, *Novos rumos na psicologia da saúde* (pp.125-172). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Safra, G. (1993). O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In M.E.L. Silva, *Investigação e Psicanálise* (pp.119-132). São Paulo: Papirus.
- Sauret, M. J. (2003). A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, 14, 89-104. Acessado em 01-25-2007, Bireme.
- Silva, L. K (2003). Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8, 501-520.

- Silva, M.E.L. (1993). Pensar em psicanálise. In M.E.L. Silva, *Investigação e Psicanálise* (pp.11-25). São Paulo: Papirus.
- Stewart, S.E., Stack, D.E., Farrell, C., Pauls, D.L., & Jenike, M.A. (2005). Effectiveness of intensive residential treatment (IRT) for severe, refractory obsessive-compulsive disorder [Versão Eletrônica]. *Journal of psychiatric research*, 39, 603-9. Acessado em Novembro 03, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Soares, P.F.B. (2005). Intervenção do terapeuta e pontos de urgência. In C.L. Eizirik, R.W. Aguiar, & S.S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.350-358). Porto Alegre: Artmed.
- Torres, W. da C. & Guedes, W. G. (1987). O psicólogo e a terminalidade [Versão Eletrônica]. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 39, 29-38. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Turato, E. R. (2003). Construindo uma nova e particular metodologia qualitativa a partir do casamento de métodos modelares. In E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (pp. 225-244). Rio de Janeiro, Vozes.
- Turato, E. R. (2003). Clarificando para o empreendimento da pesquisa clínico - qualitativa. In E. R. Turato, *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (pp. 245-303). Rio de Janeiro, Vozes.
- Vaisberg, T. M. J. A. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana [Versão Eletrônica]. *Psicologia USP*, 14, 95-128. Acessado em Setembro- 23, 2007, do Banco de Dados Bireme.
- Victora, C.G., Knauth, D. R., & Hassen, M. N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Yamamoto, O. H., Câmara, R. A., Silva, F. L., & Dantas, C. M. B. (2001). Espaços, práticas: o que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, 6, 65-72. Acessado em Setembro 28, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Widlocher, D. (2003). O lugar da pesquisa clínica em psicanálise. In A. Green, *Psicanálise Contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise* (pp.51-64). Rio de Janeiro: Imago.
- Wolf, M., Maurer, W. J., Dogs, P., & Kordy, H. (2006). E-mail in psychotherapy – an aftercare model via electronic mail for psychotherapy inpatients [Versão Eletrônica]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 138-146. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Wolf, S. M.R. (1993). As psicoterapias e suas praticas contemporâneas [Versão Eletrônica]. [Revista ABP-APAL](#), 15, 6-10. Acessado em Setembro 20, 2006, do Banco de dados Bireme.

- Zanoni, A. C. N. Pereira, F. C., Sakamoto, M., Sales, C. A. (2006). O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de neoplasia maligna [Versão Eletrônica]. [*Revista enfermagem UERJ*,14](#), 48-53. Acessado em Novembro 03, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Zaslavsky, J. e Santos, M. J. P. dos. (2005). Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. [Versão Eletrônica]. [*Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*](#), 27, 293-301. Acessado em Agosto 05, 2006, do Banco de dados Bireme.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anexos A
Relato de entrevistas

João Sessão 4

<p>Chego mais cedo para atendê-lo, ele está me esperando na sala.</p> <p>Entro e cumprimento</p> <p>- Oi, como vai?</p> <p>- Tudo bem... na mesma.</p> <p>- Silêncio.</p> <p>- Tudo bem. Tá calor na rua?</p> <p>- Sim, está calor.</p> <p>- Hoje chegou mais cedo. Eu estava aqui vendo um desenho, o M., com muita paciência estava assistindo. É uma história engraçada.</p> <p>- Silêncio. Alguns pacientes desmarcaram então acabei antecipando o horário. Nesta época muitos pacientes estão de férias. O que pensaste sobre isto?</p> <p>- Nada, eu já tive hoje a Marta, ela veio perto da uma e ficou até uma e quinze. Tive também a fisioterapeuta, estou com o meu dia cheio.</p> <p>- O atendimento domiciliar tem algumas diferenças do atendimento do consultório. Por exemplo a questão do horário. Se tivesse hora no consultório tu é quem</p>	<p>Setting – o atendimento é realizado na sala</p> <p>Intervenção- neutralidade- postura do terapeuta favorecendo a associação livre do paciente.</p> <p>Traz aspectos gerais, clima.</p> <p>Terapeuta responde, mas deixa espaço para que traga material para a sessão.</p> <p>Contrato – situação que pode acontecer no AD. Mudança do horário previsto.</p> <p>Contrato- terapeuta responde ao paciente esclarecendo aspectos sobre o contrato.</p> <p>Intervenção- procura explorar o que o paciente pensou sobre esta situação.</p>
---	--

<p>chegaria no horário para ser atendido. Aqui posso chegar mais cedo do que o horário combinado.</p> <p>- É, eu acho melhor. Tem esta flexibilidade. Prefiro que seja num lugar aberto, não numa sala fechada. Acho melhor que seja assim. Preferiria sair do que ser atendido num mesmo lugar.</p> <p>- Dizes de ser atendido em casa?</p> <p>- Eu acho que no teu lugar eu preferiria sair, dirigir até a casa dos pacientes do que ficar sempre no mesmo lugar. Me sentiria preso. Eu sempre gostei de sair, andar na rua, passear, ver gente, ter liberdade.</p> <p>- Sente-se preso, sentes falta do que fazias antes?</p> <p>- Sim, sempre gostei de viajar e andar por aí. Tu não vais tirar férias?</p> <p>- Não. Vou continuar atendendo normal. Vou tirar férias só no carnaval.</p> <p>- Eu não tiro férias. Desde que fiquei doente eu estou sempre em férias. Coisa boa às férias, agente não tem hora para sair, para almoçar, pode dormir até mais tarde. Não tem preocupação com o</p>	<p>Contrato- esclarece peculiaridade do AD.</p> <p>Setting – paciente relata seu sentimento em relação ao setting, preferindo que fosse fora de casa. Possivelmente este aspecto está relacionado ao fato de sentir-se preso, sem condições de sair, andar.</p> <p>Intervenção - esclarecer sobre o que o paciente esta falando do local.</p> <p>Associação do paciente sobre o setting, como se sente, como seria se estivesse no lugar do terapeuta. Fala aspectos do aqui agora.</p> <p>Intervenção interpretativa- favorecendo a compreensão de conteúdos do mundo interno, de como se sente.</p> <p>Contrato- paciente questiona sobre as férias do terapeuta.</p> <p>Neutralidade- terapeuta responde a pergunta do paciente numa postura mais ativa relacionado a conteúdos do aqui e agora.</p> <p>Associação livre do paciente- relata o sentimento sobre o que lembra das suas férias, como se sente agora sem compromisso, sentimento de inutilidade depois da doença.</p>
---	---

<p>horário. Tu vai passar o Ano Novo aqui?</p> <p>- Vou para a praia no final de semana, mas volto para passar o ano novo aqui.</p> <p>- Vai para passar dois dias na praia</p> <p>- Vou amanhã e volto no domingo. Falas em férias, o que pensaste sobre isto?</p> <p>- Lembro de quando eu comecei a trabalhar, pegava uma mochila e me mandava para a praia. Ia para o farol da marta, um fim de mundo.</p> <p>- Sozinho?</p> <p>- Sim, diziam que lá Eu alugava uma cabana de pescador, não tinha nem banheiro, que coisa boa. Ficava lá, tomava banho em baixo, agente pagava para usar o banheiro. Conhecia algumas pessoas, mas falava estou ali e pronto. Nunca fui de me envolver. Não gostava de ter que depender de ninguém. Eu trabalhava, tinha a minha grana.</p> <p>- Falas como não gosta de depender de ninguém. Como te sentes em relação a mim, ao tratamento, dependes do horário que eu venho. Não é tu que determina as coisas, depende do tratamento.</p> <p>- Eu fico fazendo os exercícios em outros dias também. Por exemplo, a M. vem, mas eu fico fazendo aquilo que ela me</p>	<p>Neutralidade – terapeuta responde a pergunta do paciente.</p> <p>Neutralidade- Intervenção responde a pergunta do paciente, mas procura explorar o que pensou sobre o assunto, favorecendo a associação livre do paciente.</p> <p>Dinâmica caso/Associação-livre traz sobre como eram as suas férias.</p> <p>Intervenção – exploração material, relações e vínculos afetivos.</p> <p>Dinâmica caso</p> <p>Aparece como alguém com dificuldades de construir vínculos afetivos, não quer se envolver, não quer depender. Relações objetais com vínculos frágeis.</p> <p>Intervenção- transferencial- explorar como se sente em relação ao terapeuta, como vê a relação de dependência?</p> <p>Importância da relação com a equipe, sente-se apoiado e estimulado para fazer o tratamento. Como se estivesse</p>
--	---

<p>passa nos outros dias também. Assim como a Ângela. Eu fico aqui fazendo aquilo que elas me passaram. Isto me ocupa, me dá disposição, me sinto bem fazendo.</p> <p>- É como se nós te trouxéssemos coisas boas, como se fossemos o contato com o mundo lá fora.</p> <p>- É eu sempre pergunto como é que está o tempo, se ta calor. Assim como quando eu assisto TV. Estava vendo um programa que mostrava as ruas, fico viajando, imaginando como é.</p> <p>- O que ficas imaginando?</p> <p>- Fico vendo pela televisão o que acontece na rua. Quando estava passando o horário político eu ficava vendo o programa do, ele era gravado na Duque e aparecia o prédio onde eu trabalhava. Ficava assistindo para ver a rua, onde eu andava, estava sempre por ali. Não estava vendo por causa do partido, mas era para ficar olhando a rua, o prédio onde eu trabalhava. Quando eu saia do trabalho eu descia a rua e sabe ali tem o cinema L, tem uma parada de ônibus bem na frente. Eu sempre fui muito brincalhão, gostava de fazer brincadeiras. Tava um colega de trabalho na fila e eu gritei o nome dele Oi seu P. bem alto. Ele ficou constrangido, envergonhado, me abanou (mostra com gesto tímido). Eu gostava de fazer estas brincadeiras. No outro dia ele ficou uma fera comigo. Eu sempre estava colocando apelido nas pessoas. Ninguém sabia que</p>	<p>estabelecendo uma relação objetal com “a mãe boa”. Sente-se investido, narcizizado, podendo com isto modificar o seu modelo de relação primordial - aparece um movimento para uma constância objetal.</p> <p>Intervenção interpretativa do conteúdo trazido pelo paciente, apontando a relação com mãe boa e o mundo lá fora.</p> <p>Associação livre a partir da interpretação.</p> <p>Intervenção explorando o material do paciente.</p> <p>Associação livre - traz como se conecta com o mundo lá fora - através do rádio e TV. Relata características de sua personalidade, modo de interagir com as pessoas. Apresenta características agressivas e perversas no seu modo de interagir.</p>
---	---

<p>era eu. Uma vez coloquei o apelido numa de sorriso de caveira. Eu morava ali na Ganzo, ela sempre passava perguntando não viu o fulano? Eu não via se o fulano estava ali ou não. Não sei para ficar olhando quem passava. Um dia estava no Ganzo, e ela veio e perguntou, e eu disse que não tinha visto. Depois veio o meu amigo e eu disse, então traçou a sorriso de caveira? Pegava o apelido e ninguém sabia quem tinha dado. Outro cara de Pêra. Ele parecia ter uma testa de pêra. Ele um dia veio me perguntar que é que tinha dado o apelido para ele. Eu sempre fui muito gozador.</p> <p>- Assim que tu te vias?</p> <p>- É um cara brincalhão e gostava de fazer piada.</p> <p>- Como achas que os outros te viam?</p> <p>- Assim, sempre brincando. Eu não era de ter turma. Saía sozinho, mas sempre encontrava alguém nos lugares. Chegava brincando e eles diziam lá vem ele. Sempre conversando. Abriam à roda quando eu chegava. Me dava com todo mundo.</p> <p>- Era uma forma que tinhas de te relacionar com as pessoas.</p> <p>- Gostava de brincar. Sempre fui muito de ficar contanto piada, fazer brincadeiras. Uma coisa que eu vejo que não tenho mais na minha vida é Alegria. Palavra que eu tinha e que agora não tenho mais. Não gostava de ficar falando de mim. Conversava sobre outras coisas, mas não ficava falando sobre mim.</p> <p>- Agora como te sentes tendo que falar sobre ti, tendo este espaço para isto.</p>	<p>Intervenção - favorecer auto-percepção</p> <p>Intervenção – confrontar com o que os outros pensavam dele.</p> <p>Relações objetais – mostra-se comunicativo e brincalhão, mas as relações são mais superficiais.</p> <p>Intervenção-clarificação</p> <p>Dinâmica caso - quadro depressivo, sem alegria. Também mostra-se fechado em relação as pessoas.</p> <p>Intervenção/ setting - como se sente no</p>
---	---

<p>- Bem, mas não gosto de ficar com muita gente. Não quero sair, nem ter que conversar com ninguém.</p> <p>- Sentes vergonha?</p> <p>- Sim. Não tem mais graça. Agora fico aqui com a televisão. Não tenho vontade de sair.</p> <p>- Ficas isolado. Podendo ir para praia que é algo que gostava tanto, que podes fazer. Mudar de ares.</p> <p>- Prefiro ficar aqui sozinho. No natal eu fiquei aqui e é melhor. Não quero ir.</p> <p>- Assim te isolas cada vez mais. Te colocas numa situação pior do que a que estás. Como se não pudesses fazer nada.</p> <p>(Agora já tem podido fazer coisas que antes não fazia. Usava o papagaio para urinar e agora tem ido ao banheiro) Vamos conversar mais sobre isto. Mas pensa na possibilidade de ir para praia com a tua filha e tua mulher.</p> <p>- Tá. Mas acho que não vou. Prefiro ficar aqui.</p> <p>- Boa praia, aproveita. Um bom ano Novo.</p> <p>- Obrigada, para ti também. Nos vemos semana que vem.</p> <p>- Ok.</p>	<p>tratamento, relação com terapeuta.</p> <p>Intervenção interpretativa - apontar sobre como se sente perante as pessoas.</p> <p>Deprimido, isolamento e evitação.</p> <p>Intervenção apoio - colocando sobre como perde de aproveitar oportunidades de sair.</p> <p>Intervenção apoio e postura mais ativa, sugerindo o que pode fazer.</p>
--	--

SÍNTESE

Setting - casa do paciente, a terapeuta chega mais cedo do que o horário marcado. Ele na sala assistindo TV. Interrompe o que está fazendo para iniciarmos a sessão. Percebe-se que há alteração do local onde se realiza a sessão, mas isto não interferiu na realização da mesma. O paciente estava só e não tivemos problema quanto a interrupções. Contudo, a partir do adiantamento da terapeuta, podemos perceber algumas peculiaridades do AD, que puderam ser exploradas pela terapeuta ao trabalhar aspectos referentes ao contrato. A sessão inicia com aspectos gerais sobre o clima, para depois serem trazidos aspectos mais íntimos do paciente.

Técnica

-Neutralidade – A terapeuta num primeiro momento manteve uma postura neutra, buscando facilitar a associação livre do paciente. A partir das colocações do paciente, mostrou-se mais ativa, respondendo questões referentes ao contrato, mas procurou explorar o que o paciente pensava sobre o assunto e sobre o AD, relacionando com o que o próprio tratamento. Com esta postura favoreceu a associação livre do paciente e a aproximação com o mesmo. Em outros momentos, realizou intervenções de apoio, sendo continente aos sentimentos do paciente, ajudando-o a pensar possibilidades para melhorar a sua qualidade de vida. Pode-se inferir que a postura mais ativa do terapeuta contribuiu para a construção de um campo terapêutico, facilitando a aproximação e a relação terapêutica com o paciente.

-Intervenções – Podemos dizer que nesta sessão houve uma mudança de postura do terapeuta ora mais ativo no processo, ora mais neutro, favorecendo a manifestação dos conteúdos inconscientes. Estiveram presentes intervenções de apoio, mas também interpretações transferências, favorecendo o esclarecimento de conteúdo interno, procurando explorar conteúdos e fantasias inconscientes trazidos no material relatado pelo o paciente.

- Associação Livre – o conteúdo falado é material produzido livremente, refletindo diferentes aspectos da história, da situação atual, fantasias e representações da doença.

A partir da fala do paciente algumas características sobre seu funcionamento puderam ser identificadas como impulsividade, mecanismos de defesa como projeção, dissociação, racionalização, introjeção, evitação. Nesta entrevista pode ser mais explorado as relações afetivas do paciente, como se sente em relação às pessoas, assim como a importância da equipe no seu tratamento.

Campo Terapêutico – a partir da mudança de horário da terapeuta algumas questões sobre o contrato puderam ser trabalhadas. Além disto, a postura mais ativa e empática da mesma contribuiu para a relação paciente – terapeuta, favorecendo o espaço terapêutico. A fala do paciente reflete conteúdos produzidos de forma livre e associativa, evidenciando uma relação terapêutica sustentada em movimentos transferências e contratransferenciais, situação indicativa do campo terapêutico.

Postura do terapeuta - disponibilidade, flexibilidade e habilidade em manter a postura de “ouvinte”. Procurou estabelecer uma postura empática perante o material trazido pelo paciente, buscando explorar junto com o paciente aspectos que favorecessem a compreensão dinâmica do seu funcionamento psíquico, não se deixando contaminar pelos sentimentos provocados pelo paciente.

Luciana - Sessão 3

<p>Chego na casa da paciente, a empregada atende a porta e diz:</p> <p>-Boa tarde.</p> <p>-Boa tarde Entro. A paciente está esperando na sala, sentada na poltrona. Entro e cumprimento:</p> <p>-Olá, boa tarde?</p> <p>- Boa tarde.</p> <p>Vou deixando as minhas coisas em cima do sofá e dirijo-me para beijá-la. Quando estou indo lhe beijar ela diz</p> <p>- Como tá magrinha. É muito magrinha.</p> <p>- Magrinha?</p> <p>- Está muito magrinha. Tu comes bem? Se não tens que vir aqui para casa para engordar um pouquinho. Aqui todo mundo engorda. Olha para empregada que está na sala. A empregada diz- Se não. É bem assim. Paciente continua- A minha neta que estava aqui durante as férias, agora vem a outra, eu sempre procuro fazer as coisas boas, aquilo que elas gostam. Não falta nada. Sabe quantas tortas ela comeu?</p> <p>- Não.</p>	<p>Setting</p> <p>Neutralidade - postura mais ativa, paciente limitada pela doença. Terapeuta é quem chega na casa da paciente.</p> <p>Relação de cuidado para com a terapeuta, mostrando vinculo afetivo, forma como relaciona se com as pessoas - cuidando empregada, da neta, de mim. Relação transferencial - talvez manifestando como gostaria de ser cuidada?</p> <p>Necessidade de dar tudo, dificuldade de dar limites.</p>
--	---

<p>- 4 e da outra vez 5. Estou sempre dando coisas boas para ela comer, aqui em casa não falta nada. Elas tão de férias.</p> <p>- Tu és quem prepara?</p> <p>- Como tu sabes, eu não posso mais fazer nada, eu mando buscar. Encomendo a nega maluca que ela gosta, quando está terminando ela já diz e, então, peço outra. Chegava às vezes, no meio da noite, ela dizia estou com uma sensação estranha (coloca a mão na barriga). Eu dizia está com fome? Ela dizia acho que sim. Então, ia até a geladeira e servia um pedaço de torta para comer. E assim passava.</p> <p>- Tu não preparas, mas procura providenciar as coisas para ela.</p> <p>- É, eu gosto muito quando ela vem. Agora vem a outra. A minha filha esteve aqui, estava tudo bem, deu uma briga, mas depois ficou tudo bem. Ela veio para vender um apartamento.</p> <p>- Semana passada tivesse que desmarcar a consulta, não estavas te sentindo bem. (Fiquei sabendo pela Fisioterapeuta que teve uma briga com o filho e teve crise)</p> <p>- Tive uma gripe muito forte, estava com muita falta de ar, quase não conseguia falar, fica assim (respira ofegante), fiquei com pena de falar contigo assim, não tinha condições. Mas depois melhorei.</p>	<p>Intervenção – valorizar que o que ela sente e faz para as netas, mais do que a forma.</p> <p>Intervenção - resgatar o cancelamento da sessão anterior. Procurar entender o que houve.</p> <p>Sentimento de tristeza e pena de si mesma. Deprimida, não quer mais viver,</p>
--	--

<p>Hoje, sabe aqueles dias que tu não quer falar das coisas mais profundas, daquilo que está lá dentro.... Estou sem vontade de viver. Já que não posso fazer nada, não tenho condições nem de sair, é como se tivesse numa prisão. Isto não é vida. Já pedi para que Deus tenha pena de mim e que me leve. Já que não posso fazer nada, que a situação não vai melhorar, então para que ficar vivendo, prolongando um sofrimento.</p> <p>- Tens pensado muito em morrer?</p> <p>- Sim. Tenho pedido que me leve. Não que eu pense em fazer algo contra mim, pois tenho a minha religião e não aceito, mas pedi para que apague a velhinha. Eu não tenho medo de morrer. Já vi tanta gente morrer. Tu não deve acreditar nisso, pois psicóloga e psiquiatra não acreditam. (Olha para mim) Não pense que eu sou louca, mas sou espírita e acredito, tinha visões. A Joana (fisioterapeuta) estava aqui em casa, estava fazendo a fisio quando por dois momentos parei de respirar (demonstra como foi). Ela se assustou e perguntou o que foi. Disse nada, pode continuar. Quando terminou ela perguntou de novo, mas o que houve? Ela tb é espírita. Disse vi um velho e ele disse que tb morreu desta mesma doença e que o nome dele era Adão. A Joana disse esse era o meu tio. O tio dela se chamava</p>	<p>não se sente em condições de falar do que está lhe incomodando.</p> <p>Intervenção - pensamento de morte</p> <p>Depressão, pensamentos de morte.</p> <p>Aspectos referentes a religião e espiritualidade. Medo do que eu vou pensar, se acredito ou não, se vou achá-la louca.</p>
--	---

<p>Adão e morreu desta mesma doença. Já previ várias mortes. A do meu cunhado, escrevi uma carta para a minha irmã e três meses depois ele morreu como eu tinha visto, num acidente de carro, em SFP. Perdi minha mãe, meu pai , irmão. Estes dias veio a Dr^a Cíntia aqui, eu disse algo para ela, que não era para ela se assustar. Ela ficou impressionada e disse que um dia iria vir passar a tarde inteira aqui comigo para saber mais. Tu és muito fechada, não consigo ver nada, talvez um dia.</p> <p>- Talvez isto tenha haver com o motivo pelo qual estou aqui. Estou aqui para lhe ouvir e para que tu possas falar de ti e não de mim. Me chamou atenção o que tu disseste que o teu problema é solidão.</p> <p>- É (pausa). O meu filho A. está morando aqui comigo por um tempo até que ele vá transferido para B. Ele não se separou nem nada. Minha neta estava aqui, de repente vai todo mundo embora e eu me sinto só. Sinto aquele vazio. Eu sei que agente cria os filhos para o mundo, acho que deve ser assim, que eles vão fazendo as suas vidas.</p> <p>- Mas parece que este é o teu lado racional, que tentas justificar para ti mesmo que deve ser assim, mas não sentes assim. Sente como se tivesse um</p>	<p>Objetivo desta colocação - impressionar, desviar a sessão, ou compartilhar sobre sua religião? Fala de todos para não falar dos seus medos.</p> <p>Intervenção – apontando para o objetivo do tratamento. Reforçando o contrato, estamos ali para falar dela.</p> <p>Sentimento de vazio, solidão.</p> <p>Intervenção - Interpretação sobre seu posicionamento de justificar sua fala, contradição entre o que fala e o que sente.</p> <p>Explorar mais o sentimento de vazio.</p>
---	---

<p>vazio.</p> <p>- Minha filha esteve aqui e tentei conversar com ela, ela não está bem. É casada com um marido que é um filho da puta, desculpe as palavras. Mas até outra ele já colocou na cama deles, ela não diz nada, guarda tudo para ela. Eu já disse que era bom ela procurar ajuda, um Psicólogo ou Psiquiatra, senão ainda pode ter uma doença qualquer, um enfarte, um câncer, fica guardando as coisas. Mas, ela não se abre. Tentei falar com ela, mas ela não quer falar no assunto. Só diz que foi o primeiro amor da vida dela e pronto. Acho que ela foi melhor. Todos vão embora e me sinto só. Até quando a empregada vai embora à tardinha me dá um nó na garganta, mas não digo nada, mas sinto um aperto.</p> <p>- Tens medo de ficar só?</p> <p>- Não, medo não, só sinto solidão. O meu filho aqui a casa fica cheia. Depois quando for embora não sei como vai ser, volta aquele vazio. O Julio é bom, mas ele tem a vida dele, quase não aparece aqui, não que ele não seja bom, mas é diferente. Eu gosto do toque (acaricia o seu braço), ele é mais distante. Sinto falta de carinho. Quando os filhos eram pequenos, agente está sempre envolvido com um, com</p>	<p>Desvia falando da filha, da vida da filha.</p> <p>Fala do medo de ficar só.</p> <p>Intervenção - interpretação do conteúdo interno</p> <p>Vazio quando os filhos vão embora - síndrome do ninho vazio</p> <p>Necessidade de carinho, afeto, toque.</p> <p>Falta de quando os filhos eram pequenos.</p>
--	---

<p>outro, com as coisas, e não se sente assim.</p> <p>- Quando os teus filhos eram pequenos te sentia plena, não tinhas esta sensação de vazio.</p> <p>- Agente estava sempre envolvida com uma coisa e com outra. Criar os três sozinha não foi fácil. Perdi meu marido com 29 anos. Sempre tive que fazer tudo para eles. Nós tínhamos uma relação muito aberta, eu brincava com eles, pegava no seio da M., brincava e pegava nas bolas dos guris. Quando tínhamos que tomar banho, iam os 4 para o chuveiro. Sabe como é, porque se tu deixavas dois de fora ficavam chorando. Então, eu dizia para tirarem a roupa e ia todo mundo para baixo do chuveiro. Até eu tb tirava a roupa e tomava banho junto.</p> <p>- Silêncio. (impacto)</p> <p>- Depois eles vão crescendo, vão fazendo a vida deles. Mas é difícil criar filhos, uma mulher sozinha, agente sofre muito preconceito. Não sei se tu conhece, bem, o R., mas, fui morar, quando fiquei viúva, num apto ali na G, eles moravam em cima e mulher dele me chamava de puta. Eu, às vezes, ia para dentro de casa, fechava tudo e ficava lá dentro com os meus filhos, inventava uma história para eles, não</p>	<p>Intervenção - Interpretação - conteúdo interno, sentimento de vazio com o crescimento dos filhos.</p> <p>Relação com os filhos-</p> <p>Causou impacto a forma como colocava a relação com os filhos.</p> <p>Relação com as pessoas e com os filhos. Sentimento de vergonha, preconceito. Comportamento de isolamento. Criava um mundo para que os filhos não se deparassem com a realidade.</p>
--	--

<p>podia ficar chorando, e ficava dentro de casa. Acho que ela tinha medo que eu desse em cima do marido dela. Não sei, mas era muito difícil. Tinha os meus pais que me ajudavam muito, eu estava sempre na casa deles. Não deixava de passar lá.</p> <p>- Talvez pense que os teus filhos deveriam fazer assim contigo, como tu fazias com a tua mãe.</p> <p>- Como era a tua relação com os teus pais?</p> <p>- Nós éramos muito unidos, minha mãe de origem alemã, sabe como é, durona, meu pai francês, tinha sempre uma brincadeira uma sacanagem para fazer. Ele era de contar, não sei dizer, minha cabeça não está boa, parece que estou com Alzheimer, tenho que consultar um médico. Quando ele ia contar uma brincadeira, no final sempre tinha uma bagacerice. Ele tinha uma preferência por mim, não sei se é porque eu era a mais nova. Mas ele tinha umas brincadeiras. Isto quando nós éramos mais velhos, quando criança ele não fazia, mas depois quando éramos já casados, com filhos ele brincava, gostava de piadas. Brincava também com os nossos amigos.</p> <p>- Pelo que falas a figura de autoridade era</p>	<p>Intervenção – interpretação conteúdo interno. Modelo de relacionamento com objetos primários.</p> <p>Intervenção - explorar mais as relações objetos primários.</p> <p>História pregressa - relacionamento com os pais. Pai como figura importante discurso.</p> <p>Relata a preferência do pai por ela. Relação afe to, brincadeiras.</p> <p>Intervenção- explorar mais relações com objetos primários.</p>
---	---

<p>a tua mãe, ela que era a mais rígida, e o pai mais amoroso.</p> <p>- É, mas não tenho nenhum trauma desta época. Não tinha problema nenhum com a minha mãe, visitava ela todos os dias. Não me lembro de ter nenhum trauma disto. A única coisa que me lembro era quando tinha uns 7, 8 anos era magrinha, mais magrinha do que tu, e sabe aqueles pêssegos uruguaios, tinha um senhor vendendo e ele passou lá em casa para vender. A minha irmã tinha TB, então, eu fui ta a cozinha e pedi para a minha mãe um pêssego. Ela disse não, era para minha irmã. Ai me deu um nó. Aquilo me marcou.</p> <p>- O que sentiste?</p> <p>- Fiquei com raiva, não entendi porque não podia pegar um, com tantos pêssegos bonitos.</p> <p>- Sentistes preteria pela tua mãe, como se ela preferisse a tua irmã?</p> <p>- Não sei, se me senti rejeitada, mas lembro de ter ficado com raiva. Aquilo me marcou. É a segunda vez que falo sobre isto. Falei com a minha filha quando estive aqui e agora estou falando para ti. Cada um tem os seus traumas. A minha irmã disse que sempre tinha sapato fechado e que ela só ganhava sandália,</p>	<p>Relação com a mãe.</p> <p>Intervenção - Explorar sentimentos</p> <p>Sentimento de raiva, rejeição.</p> <p>Interpretação – conteúdo trazido</p> <p>Fala experiência marcante, trauma, da raiva que sentiu.</p>
--	--

ficou com isto até morrer. E eu é essa história dos pêssegos.

- Me fez pensar no sentimento que trazes, pelo menos nas duas sessões, de não te sentires merecedora de afeto dos teus filhos, do mesmo jeito em que te sentiste na situação dos pêssegos.

- Não sei. Nunca tinha pensado nisso. Não sei te dizer, mas acho que não. Acho que senti raiva, mas depois não fiquei com isto em mim. Mas pode ter ficado alguma coisa, o que eu me lembro é esta situação.

- Falas do sentimento de perda. Perdes a saúde, tua independência, autonomia, as condições para fazer atividades, os teus filhos quando eles saem de casa, surge então o vazio.

- Antes eu ainda fazia crochê, agora estou com catarata, não enxergo e não posso operar, pois o médico falou que eu não posso tomar anestesia. Sabe me sinto como alguém cego, aquela pessoa que enxergou e perde a visão. Podia e agora não pode mais. Agora está chegando a minha neta, a irmã desta que estava aqui. A minha relação com ela é muito forte, mais do que com os filhos. Ela fala comigo no telefone e diz que não posso morrer. Uma vez combinamos um pacto que nenhuma iria mentir para a outra. Iam contar tudo. Ela me contou que fumou um

Intervenção - interpretação transferencial, apontando as repetições.

Negação

Intervenção – aponta para as perdas, sentimento de vazio, depressão.

Fala perdas, relação com a neta, medo de morrer, vazio.

cigarro. Acho que ela parou depois que minha filha contou da minha situação. Agora ela vem e disse que vamos aproveitar, assistir TV, filmes, mesmo que não possa sair de casa. Fico muito feliz, mas depois quando vão embora, sinto aquele vazio.

- Nós vamos conversar mais na semana que vem.

-Está bem.

Encerra a sessão.

SÍNTESE

Setting – A casa do paciente, ela está aguardando na sala. Apesar de o local não prejudicar o andamento do processo terapêutico, constata-se que devido a sessão ocorrer na casa da paciente, existe a possibilidade de participação de outros membros na sessão (como, nesta sessão, o caso da empregada), exigindo uma postura flexível do terapeuta, mas que preserve o setting.

Técnica

-*Neutralidade* - Diferentemente do que acontece no consultório, é o terapeuta quem chega à casa da paciente, muitas vezes tendo uma postura mais ativa dirigindo-se ao paciente para cumprimentá-lo. No início da sessão a paciente dirigiu-se a terapeuta de forma direta, falando magreza, cuidado, trazê-la para sua casa, provocando sentimento de invasão (inversão papéis) e dúvida na terapeuta sobre o qual o significado destas colocações e como intervir de forma não prejudicar a relação terapêutica que estava iniciando. No AD, o fato de o terapeuta estar na casa do paciente, talvez favoreça no caso de alguns pacientes (também devido ao seu funcionamento psíquico) o de estabelecimento de limites e de preservação de papéis (terapeuta-paciente), que exigindo uma flexibilidade e um manejo adequado por parte do mesmo, para que não prejudique o tratamento. Ser flexível, sem deixar de ser lado o propósito que o levou àquele atendimento. Mas, a terapeuta procurou explorar o material trazido pela paciente procurando manter uma postura neutra e de escuta para uma melhor compreensão do caso.

-*Intervenções* – Foram feitas intervenções de apoio e interpretações transferenciais, apontando repetições, clarificando os sentimentos, explorando o conteúdo do mundo interno e fantasias manifestadas pela paciente durante a sessão.

- *Associação Livre* – O conteúdo falado é material produzido livremente, refletindo diferentes aspectos da história (relações objetivas primárias), da situação atual, fantasias e representações da doença. A partir da fala do paciente algumas características sobre seu funcionamento puderam ser identificadas. Nesta entrevista foi explorado as relações afetivas da paciente com seus filhos, com os seus pais, sentimento de vazio, perdas.

Campo Terapêutico – A paciente mostra-se vinculada com a terapeuta, trazendo livremente aspectos referentes à sua vida e relações afetivas.

- **Postura do terapeuta** - Disponibilidade, flexibilidade e habilidade em manter a postura de “ouvinte”. Procurou manter uma postura empática perante o material trazido pela paciente. A manutenção da neutralidade é posta à prova no início da sessão, provocando na terapeuta uma dúvida quanto ao seu posicionamento. Importante ter claro o objetivo do trabalho, qual o seu papel ali e o a avaliação do que o paciente tem condições suportar.

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um trabalho que pretende ampliar o conhecimento em psicoterapias, através da discussão de aspectos envolvidos no atendimento psicoterápico domiciliar em relação à evolução do atendimento. Sua participação contribuirá para a melhoria do trabalho clínico, através da identificação dos fatores envolvidos no trabalho de psicoterapia.

A pesquisa será conduzida pela aluna Taís Jochims Reichel, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado em Psicologia Clínica - da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e orientada pela Prof^a. Dr^a. Silvia Pereira da Cruz Benetti, da mesma Instituição.

As entrevistas realizadas com a pesquisadora serão relatadas pela mesma para que possam ser analisadas posteriormente com maior precisão.

A participação na pesquisa não acarretará em nenhum tipo de risco ou gasto financeiro. O anonimato de todas as pessoas que participarão da pesquisa será preservado, assim como outros nomes que forem mencionados nas interações. Os nomes dos/as participantes e do local serão trocados e os dados serão confidenciais. A participação nesta pesquisa é voluntária, tendo o/a participantes o pleno direito de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento do processo, sem que isso acarrete qualquer risco ou penalidade.

Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa, o/a participante poderá contatar a pesquisadora pelo(s) telefones (51) 3338-5944 ou (51) 84452710, ou ainda através do e-mail taisjr@pop.com.br.

Você recebeu uma cópia deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Desde já agradecemos por sua colaboração na realização deste projeto, ressaltando que os resultados nos ajudarão a compreender melhor esse processo de avaliação e poderão contribuir para melhoras nos serviços prestados.

Atenciosamente,

Taís Jochims Reichel – Mestranda em Psicologia Clínica
UNISINOS.

Prof^a. Responsável: Silvia Pereira da Cruz Benetti

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR

Eu, _____, concordo em participar do projeto descrito.

Assinatura do/a paciente: _____

Data: _____