



## ARTIGO ESPECIAL

# A História na Avaliação - Como eu colho a história\*

*Lizete Pessini Pezzi<sup>a</sup>*

<sup>a</sup>Psiquiatra, professora do Curso de Psicoterapia de Orientação Analítica do Centro de Estudos Luis Guedes (CELG).

**Instituição:** Centro de Estudos Luis Guedes (CELG)

## Introdução

Este texto foi apresentado no XIX Simpósio Interno de Psicoterapia de Orientação Analítica e no 2º Colóquio do Curso de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica de 2013 (coordenados por Ana Paula Mezacaza Filipon e Renato Bejzman Pilcher), na mesa dividida com Sidnei Schestastki e Zelig Liberman com a coordenação de Paulo Soares. O tema do Simpósio foi A História na Avaliação, e fui solicitada a falar sobre Como Eu Colho a História. O que descrevo a seguir é, portanto, como me sinto mais à vontade para colher a história em função de uma construção de 30 anos de trabalho.

Comecei, então, a ler e pensar em uma maneira de transmitir a um público heterogêneo Como Eu Colho a História. Esta parece ser uma situação semelhante à de consulta para avaliação: eu, com muitas leituras e estudos na minha cabeça, mas sempre acreditando ser isso insuficiente; os participantes do simpósio (e, agora, os leitores) representando o desconhecido, com suas necessidades e expectativas;

---

\*Este artigo é derivado de apresentação no XIX Simpósio Interno de Psicoterapia de Orientação Analítica, realizado em 9 de novembro de 2013 na sede da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

esse encontro acontecendo em uma situação inusual, em que tenho de tentar ser clara para transmitir a vocês e tocá-los para, de preferência, contribuir para o exercício desta profissão tão complexa. E é tão complexa, de fato, que me percebi sabendo, mas não tendo muita clareza acerca de como eu fazia uma avaliação. Nesse ínterim, tive a oportunidade de fazer uma entrevista de avaliação, observei o processo e, a partir disso, farei minhas as palavras de Freud em Sobre o Início do Tratamento, de 1913: “A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica”<sup>1</sup>.

Fui, então, revisar os livros e constatei que Kaplan já diz: “a técnica mais importante [...] é permitir que os pacientes contem suas histórias em suas próprias palavras, na ordem que considerarem mais importante”<sup>2</sup>. Bem, parece simples, e é; mas também não é.

Após falar com a Ana, olhei para a prateleira de livros e vi um chamado Entrevista Psiquiátrica, de Daniel Carlat<sup>3</sup>. Nele, o autor organiza a entrevista inicial em 4 tarefas, sendo a primeira a “construção de uma aliança terapêutica, depois 2) obter a base de dados psiquiátricos, aí 3) entrevistar o paciente para elaborar o diagnóstico e então 4) negociar um plano de tratamento com o paciente”. O autor também aborda a necessidade de preparar o tempo e o espaço corretos – o que chamamos de *setting* – e de “desenvolver suas regras”.

Carlat escreve sobre o funcionamento de uma consulta psiquiátrica, que tem uma proposta diferente da avaliação em psicoterapia. O que é comum em ambas é a necessidade de construir uma aliança terapêutica como um dos primeiros objetivos. Obter uma história, fazer diagnóstico (o que significa clarificar o sofrimento e as necessidades do paciente, sua maneira de funcionar e o grau desse funcionamento, dificuldades, medos, motivações, expectativas e possibilidades reais de mudança) e, finalmente, fazer a indicação e propor o contrato. Outros pontos em comum entre a entrevista de avaliação psiquiátrica e a psicoterápica são a observância do *setting* e a necessidade de tempo para a avaliação. Em ambas as instâncias, reconhece-se também que os profissionais desenvolvem suas próprias regras.

Essas regras começam a ser desenvolvidas cedo. Quando estava na residência e tinha de atender um paciente novo, temia que minha avaliação pudesse ser influenciada por exames anteriores de outros colegas e, também, em um esforço para tentar contatar com aquela pessoa que procurava ajuda, ou com seus familiares, evitava ler esses prontuários antes de atender os pacientes. Achava que precisava treinar minha capacidade de perceber, conversar, examinar, avaliar para tentar sentir o que se passava com aquelas pessoas, além das palavras ditas ou não ditas. Posteriormente, quando lia o prontuário, pensava sobre as observações coincidentes ou divergentes e sobre o que isso poderia significar. Agora descreverei como faço atualmente as avaliações.

## Pré-consulta

Assim como numa gestação são importantes as consultas pré-natais, tanto de fantasia quanto factuais, a pré-consulta é o início da história do terapeuta com o paciente e faz parte do processo. Mesmo antes de ligar, o paciente já tem fantasias sobre a procura do atendimento, sobre o terapeuta e sobre o tratamento, como aponta oportunamente Carmem Keidann<sup>4</sup>: “já no contato telefônico, ou antes disso, as matizes transferenciais e contratransferenciais estarão presentes, e isso singulariza tal relação”. Não é incomum os pacientes procurarem o atendimento muito tempo depois da indicação. Geralmente ligam para o consultório para marcar um horário, deixando recado na secretária eletrônica. Nos últimos anos também têm ligado para o celular, mas não é o usual.

1) No retorno da ligação, após a identificação, a pessoa solicita um horário, algumas vezes já deixando transparecer alguns aspectos de seu jeito de ser. É intrigante quando não é o paciente que entra em contato: por que não tomou a iniciativa?

2) Eu pergunto se é urgente. Caso quem busca o atendimento diga que é urgente, procuro saber um pouco sobre essa urgência, para avaliar se é adequado atender em consultório. Depois, vejo se tenho horário na brevidade solicitada e, caso não possa atender, oriento o encaminhamento da urgência. Tendo já uma experiência de 12 anos de atendimento em emergências, aprendi o suficiente para fazer esse tipo de triagem por telefone.

3) Em seguida, é preciso saber da disponibilidade horária de ambos. Prefiro inteirar-me antes das dificuldades do paciente a começar a oferecer possíveis horários e a pessoa começar a dizer se pode ou não. Neste momento é possível ter ideia de se haverá dificuldades de compatibilizar horários, seja por motivos reais ou não, tanto de realidade externa. Neste momento, algumas vezes, já é possível perceber se a pessoa é mais ou menos ocupada, mais ou menos flexível, mais ou menos solicitadora, mais ou menos submissa, mais ou menos facilitadora, mais ou menos desorganizada. Ao mesmo tempo, se não houver possibilidade de conciliar os horários, talvez o candidato a paciente prefira não ser atendido por alguém que não possa dar continuidade ao processo que pretende iniciar, isto é, ao tratamento. Neste momento já começam a aparecer as características do paciente, e a relação terapêutica inicia, com seus ingredientes de transferência e contratransferência.

4) Uma vez estabelecido o horário, geralmente o paciente pergunta pelo endereço. Caso não o faça, pergunto se conhece o endereço e, se não o conhece, eu o forneço. Quando solicitam, eu dou referência de onde fica o consultório ou de como chegar. Nos últimos anos, começaram a perguntar se há estacionamento perto.

Compartilho com Juarez Cruz<sup>5</sup> a preferência por marcar a primeira consulta em final de expediente, com mais tempo para estender o atendimento, caso seja necessário, nesta primeira vez. Aprendi a usar esse artifício a partir das ocasiões em que houve situações graves ou em que precisei de mais tempo, mas,

principalmente, ele serve para me deixar à vontade, sem me “sentir restringida”<sup>5</sup>, sem ter de cuidar do relógio e interromper um momento tão complexo para o paciente, que, muitas vezes, está em seu primeiro atendimento psicoterápico e precisa desse tempo maior para falar de si.

Conforme Bion<sup>6</sup>, toda avaliação, ou primeiro atendimento, é o encontro de “duas pessoas assustadas”. No caso do paciente, esse “susto” deriva de seu sofrimento, sua necessidade e sua esperança de encontrar alguém que possa ajudá-lo, tudo isso impregnado por uma história intrincada e muitas vezes pouco integrada e pensada, cheia de preconceitos, desconfianças, dificuldades, superações, dores, desamparos, amores e desamores.

Por outro lado, o terapeuta tem os mesmos elementos de vida arrolados acima, só que ele oferta a ajuda, uma ajuda construída com estudo, tratamento e supervisão, como requisitos mínimos. Conforme Judy Cooper e Helen Alfillé em *A Guide to Assessment for Psychoanalytic Psychoterapists*<sup>7</sup>, o paciente novo evoca sentimentos de suspense, excitação e ansiedade, e estar disponível para ajudar quem procura atendimento.

Eu também fico tensa com esse encontro inicial, preocupada com se serei capaz de identificar e de atender as necessidades do paciente e, guardando as diferenças desse tipo de atendimento com o de crianças, me preocupo também em *adequar minha linguagem à do paciente*, na esteira do pensamento de Eneida Iankilevich<sup>8</sup>, quem escreve sobre a necessidade de adequação da linguagem do analista à das crianças, em *Contando Histórias*. O ajuste da linguagem inicia-se na avaliação, fazendo parte de todo o processo de psicoterapia, e colabora, nesse momento inicial, também para transmitir um germe de confiança na pessoa que nos procura e que se dispõe a compartilhar conosco sua intimidade psíquica. Isso permite que se faça ao paciente, com segurança suficiente, a proposta de tratamento.

### **Marcada a consulta, chega a hora...**

- 1) Abro a porta e chamo a pessoa pelo nome em forma de pergunta.
- 2) Ofereço a mão para um aperto e, habitualmente, digo meu nome, como forma de apresentação.
- 3) Mostro o caminho, ou apenas saio da frente da porta aberta para dar passagem, e a pessoa segue pelo pequeno corredor com uma segunda porta aberta; eu sigo a pessoa.
- 4) Quase sempre a pessoa olha as cadeiras e se dirige para a da frente, mais próxima da porta, e senta; ou pergunta onde deve sentar; ou só confirma uma impressão sua de que aquela é sua cadeira. Como na cadeira da esquerda, a minha, habitualmente há algum livro, agenda ou caneta, uma pessoa um pouco observadora, ou menos assustada, percebe que ali é meu lugar. Isso já faz parte da avaliação, da história; só não sei o significado naquele momento e talvez nunca saiba.

- 5) Usualmente a pessoa inicia falando o que a trouxe. Se ela está mais calada, pergunto: “E...?” Ou: “O que trouxe você aqui? O que se passa?” Dependendo do jeito, do olhar da pessoa, da impressão que tenho de seu nível de ansiedade ou dificuldade para iniciar o processo, como mostrando uma forma de interesse, associado a estímulo para a pessoa se sentir mais à vontade, motivo-a a falar sobre as razões da procura do atendimento.
- 6) Habitualmente o paciente fala das razões que o trouxeram ao atendimento e, nesse momento, eu ouço. Faço algumas perguntas, comentários ou esclarecimentos, tanto de aspectos emocionais, para observar o grau de contato que ele tem com seu mundo interno, quanto de aspectos que achei confusos, a fim de clarear o que não entendi ou observar o contato com a realidade externa que o paciente tem. Procuo também esclarecer alguns fatos que possam estar relacionados com a procura do atendimento (fator desencadeante). Conforme Judy Cooper e Helen Alfillé<sup>9</sup>, o objetivo da avaliação é identificar as fantasias inconscientes, as relações objetais que caracterizam a vida interna do paciente e seus relacionamentos com as outras pessoas. É um objetivo ambicioso; talvez seja possível fazer um esboço das hipóteses que formulamos sobre essas dimensões da pessoa. Por exemplo, quando um paciente não fala de sua relação com os pais, só indago sobre ela se me sinto muito confusa ou sem informações suficientemente esclarecedoras para fazer um esboço das hipóteses de compreensão, pois habitualmente essas informações surgem durante o tratamento. Caso o paciente fale de sintomatologia, investigo na tentativa de estabelecer a gravidade dos sintomas ou queixas. Patrick Casament<sup>10</sup> afirma que “Para cada pessoa existem sempre 2 realidades – a externa e a interna. A realidade externa é experimentada em termos de realidade interna do indivíduo, que, por sua vez, é moldada pela experiência do passado e por uma tendência contínua de ver o presente em termos deste passado. Os terapeutas, portanto, têm que encontrar maneiras de reconhecer ambas a realidades e a influência constante que exercem entre si”.
- 7) No final da consulta, faço uma ficha na qual anoto os dados objetivos do paciente, como identificação, endereço, contatos, quem encaminhou e dados clínicos e, caso ele tenha uma doença, quem é seu médico e quais as medicações que usa.
- 8) Não costumo fechar o contrato na primeira consulta, o que vem ao encontro da diretriz para avaliação proposta por Jussara Dal Zot e Carmem Keidann<sup>11</sup>. Convido o paciente a pensar sobre o que conversamos para, só depois, acertarmos um horário para a próxima consulta, já dentro dos horários que disponibilizo para dar continuidade ao tratamento, caso fechemos o contrato. Procuo oferecer uma opinião sobre a minha avaliação, naquele momento, e sobre a necessidade de tratamento, se for o caso.

Após essa primeira consulta, escrevo sucintamente dados objetivos da história que surgiram durante a consulta a fim de não correr o risco de esquecê-los. Essa descrição de detalhes que parecem sem importância pode fornecer pistas consistentes do funcionamento do paciente. Descrever o que é mais objetivo nas avaliações é mais fácil, mas o que se passa entre o início e o final, a costura, o entrelaçamento,

a coleta da história, é um processo individualizado para o terapeuta e também para o terapeuta com cada paciente.

Um aspecto que não costuma ser abordado em textos de psicoterapia e que faz parte da avaliação é o que diz respeito à importância de averiguar se o paciente tem necessidade ou não de usar medicação. O diagnóstico da necessidade de outra abordagem que não a psicoterapia de orientação analítica, sendo medicamentosa ou não, precisa ser pensado pelo terapeuta que deseja o melhor para seu paciente, independentemente de o terapeuta estar habilitado para outro tipo de abordagem. Caso a indicação de outra forma de atendimento coloque em risco a psicoterapia de orientação analítica, deve ser reavaliado se ela (a psicoterapia de orientação analítica) estaria indicada para aquele paciente naquele momento.

## Conclusão

Esta é uma descrição de como habitualmente realizo meu trabalho. Procuo estabelecer um ambiente seguro, com tempo, para que o paciente se sinta tão à vontade quanto possível com um estranho – eu – que também está tenso o suficiente para ficar ligado/atento a vários detalhes e ao mesmo tempo perdê-los por essa mesma tensão. Esses detalhes podem ser não verbais ou pré-verbais, conforme Etchegoyen<sup>12</sup>. O principal objetivo é que dessa estranheza possa emergir uma ponte de contato que traga um vislumbre de esperança de sair da margem do sofrimento para uma margem com menos sofrimento.

Em relação à questão do uso de algum roteiro, na minha prática, espero que o paciente me diga a razão da procura do atendimento, forneça algumas pinceladas de como está sua vida, suas relações pessoais, familiares, fraternais e de trabalho, assim como o relato de alguma lembrança ou experiência da vida passada. O que o paciente espera do tratamento é uma questão importante a ser abordada, pois a expectativa do paciente pode ser irreal.

Sobre a postura mais observadora ou mais ativa, opto por assumir uma postura de identificação com o paciente, uma postura de não saber, sem deixar de lado, contudo, a postura psicoterapêutica. Este é o momento de o paciente contar a sua história, história essa que vai adquirindo outros coloridos e detalhes ao logo do tratamento. O que tenho observado é que, quanto mais regressiva ou desorganizada a pessoa estiver, mais eu preciso “colher a história”, buscar de uma forma mais ativa alguns dados para avaliar e fazer alguma indicação. O mesmo acontece com pessoas que têm menos motivação ou indicação para a psicoterapia.

O que realmente acontece entre o início e o final da avaliação, as emoções que transitam nas entrevistas de avaliação, é um material tão rico, diverso e difícil de descrever, devido à singularidade do ser humano, que não consigo transmitir de forma generalizada. Cada avaliação, assim como o tratamento, é única.

É importante lembrar que, na avaliação, o terapeuta também é avaliado pelos pacientes. O paciente avalia o local de atendimento, a maneira em que o horário é marcado, a maneira de o terapeuta se vestir, falar, o tom que adota e o que é dito por ele. Essa avaliação pode estar mais ou menos influenciada pelas fantasias do paciente, mas tem uma dimensão real. Por isso, é importante ouvir, ouvir e ouvir o paciente, com os ouvidos e a mente, e, depois, o paciente também dará o resultado de sua avaliação, mesmo que seja não vindo mais.

Também, como parte da Avaliação e de Como Colho a História, é importante refletir sobre os sentimentos que aquele determinado paciente desperta no candidato a terapeuta e sobre as razões, pelo menos conscientes, que motivam o terapeuta a se dispor a atender aquele paciente naquele momento. Os sentimentos de preocupação, interesse, curiosidade, bem como ficar sensibilizado com a história e ter vontade de ajudar podem vir acompanhados de confusão, incerteza, desconforto, medo e outras tantas sensações, sentimentos e pensamentos. Esses sentimentos precisam ser usados para nortear a tomada de decisão do terapeuta quanto ao tratamento.

## Referências

1. Freud Sigmund. Sobre o início do tratamento, 1913, vol. XII Edição Standard, p.164, Imago Editora, Rio de Janeiro, 1969.
2. Kaplan & Sadock. Compêndio de Psiquiatria, p. 260,9ª edição, Artmed, Porto Alegre, Porto Alegre, 2007.
3. Carlat Daniel. Entrevista Psiquiátrica, p. 24, 2ª Ed., Porto Alegre, Artmed, 2007.
4. Keidann Carmem. Comentário em O Contrato e as Interrupções em Psicoterapia de Orientação Analítica: Compreensão e Manejo; in: Revista Brasileira de Psicoterapia, vol. 2, nº 2, p. 223, CELG, Porto Alegre, 2000.
5. Cruz Juarez. Comentário em O Contrato e as Interrupções em Psicoterapia de Orientação Analítica: Compreensão e Manejo; in: Revista Brasileira de Psicoterapia, vol. 2, nº 2, p. 234, CELG, Porto Alegre, 2000.
6. Bion. in: Patrick Casement. Aprendendo com o Paciente, p. 20; Rio de Janeiro, Imago, 1986.
7. Judy Cooper & Helen Alfillé. A Guide to Assessment for Psychoanalytic Psychotherapists, Karnac Books Ltd, London, 2011. p. 1
8. Iankilevich Eneida. Contando Histórias, construindo histórias: a escuta do psicanalista de crianças, in: Revista de Psicanálise da SPPA, vol. XIX nº 3 (dez 2012), p. 569, Porto Alegre, SPPA, 2012.
9. Judy Cooper & Helen Alfillé. A Guide to Assessment for Psychoanalytic Psychotherapists, Karnac Books Ltd, London, 2011. p. 3

10. Casement Patrick. Aprendendo com o Paciente, p. 18; Rio de Janeiro, Imago, 1986.
11. Carmem Keidann e Jussara Dal Zot. Avaliação, in: Psicoterapia de Orientação Analítica, Cláudio Eisirik et alii, p. 194, 2ª Ed., Porto Alegre, Artmed, 2005.
12. Etchegoyen R Horacio. A Entrevista Psicanalítica, cap. 5, Fundamentos da Técnica Psicanalítica, pág. 33, 2ª Ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.

### **Correspondência**

Lizete Pessini Pezzi

Rua Quintino Bocaiúva, 577/1603.

90440-051 - Porto Alegre, RS

pezziliz@gmail.com

Submetido em 01/02/2014

Devolvido ao autor em 01/04/2014

Retorno do autor em 07/05/2014

Aceito em 12/05/2014