
**O atendimento clínico e suas mudanças
na vida do cliente**
Clinical care and changes in customers' life

NILTON VIEIRA DE MATTOS¹
ELIEL DINIZ²

RESUMO: Este artigo tem como objetivo demonstrar o resultado do estágio prático de atendimento clínico, quesito obrigatório para a Formação de Psicólogo, de acordo com as normas do MEC e estabelecidas pela UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá, dentro de sua grade curricular. Foi utilizado o método da terapia breve. Teve como resultado a mudança de comportamento da cliente, que começa a enfrentar seus conflitos no relacionamento conjugal, e levando a cliente a tomar novas atitudes em sua vida como esposa e mãe.

Palavras-chave: Psicologia. Conflito. Mudança.

ABSTRACT: This article aims to demonstrate the result of the practical stage of clinical care, mandatory question for Training psychologist, according to the rules of MEC and established by UNINGÁ within their teaching curriculum. It used the method of therapy soon. He had as a result of the change in customer behavior, which begins to address conflicts in their conjugal relationship, and taking a client to adopt new attitudes in your life as wife and mother.

Key-words: Psychology. Conflict. Change.

¹Acadêmicos do Curso de Psicologia da Faculdade Ingá - UNINGÁ – Rua João Cândido de Oliveira, 300, Bairro Bela Vista, Cep 87230-000, Jussara-PR, e-mail: psicomattos@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo trata do estágio prático de atendimento clínico, quesito obrigatório para a Formação de Psicólogo, de acordo com as normas do MEC e estabelecidas pela UNINGÁ – Unidade de Ensino Superior Ingá, dentro de sua grade curricular.

Os atendimentos foram realizados na clínica de psicologia da Uningá. O Atendimento Clínico seguiu as regras profissionais do *setting* e contrato com os pacientes. As sessões tiveram duração de 50 minutos, realizadas em dias e horários estipulados com o paciente. Esses acompanhamentos psicológicos prosseguiram até o final do mês de outubro com sessão uma vez por semana.

Além de cumprir as exigências legais, entende-se foi prestado um trabalho social e, em benefício de pessoas que necessitavam de atenção psicológica e não dispunham de condições financeiras para manterem-se em atendimento clínico, por um período prolongado e necessário.

Portanto, este artigo contém os resultados do estágio prático realizado pelos acadêmicos responsáveis pela elaboração deste artigo.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estágio foi o de capacitar os acadêmicos a efetuar atendimento clínico individual com crianças, adolescentes, adultos e idosos propiciando o aluno à experiência de atendimento clínico em psicoterapia, sob a abordagem psicanalítica levando a correlacionar os conceitos teóricos com esta prática clínica.

O objetivo específico foi o de identificar os conceitos básicos, teóricos e técnicos da abordagem psicanalítica, compreender e avaliar a evolução do processo terapêutico elaborar relatório das atividades executadas e apresentar para banca examinadora composta pelo supervisor de estágio, coordenador de estágio e mais um docente do curso de Psicologia da Uningá, com área de formação e atuação compatível com a área em que o estágio se realizou. Também identificar os efeitos intrapsíquicos dos pacientes, oferecer oportunidades ao acadêmico de relacionar a teoria com a prática, através de inquirições, avaliações e atividades profissionais.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

A cliente atendida era do sexo feminino, 45 anos, casada, curso superior completo. Queixa: procurou o tratamento porque está passando uma fase difícil na sua vida. Crise financeira, e dificuldade de relacionamento conjugal.

Os atendimentos foram realizados na clínica de psicologia da Uningá. O Atendimento Clínico seguiu as regras profissionais do *setting* e contrato com os pacientes. As sessões tiveram duração de 50 minutos, realizadas em dias e horários estipulados com o paciente. Esses acompanhamentos psicológicos foram de março a outubro, com sessões uma vez por semana.

As regras de sigilo foram seguidas pelos estagiários. Nos relatos foram citadas apenas as iniciais dos pacientes para preservá-los. A participação de uma professora-orientadora, no processo era de conhecimento dos pacientes.

Em cada atendimento clínico e após cada supervisão eram lidos textos para o embasamento teórico das atividades seguintes. No decorrer das sessões foi sendo criado um vínculo terapeuta e cliente, que foi fundamental para que as atividades chegassem ao final com sucesso. Nas sessões observaram-se os conteúdos manifestos que ao ser levado para supervisão junto com a orientadora, buscavam-se os conteúdos latentes não verbalizados. As ferramentas utilizadas foram: anamnese, e principalmente a escuta clínica.

A escuta é um dos mais importantes instrumentos do psicoterapeuta. Segundo Zimmerman (1999), há algumas formas de escuta: a escuta da linguagem para-verbal, onde se destaca o emprego da voz, tanto do paciente quanto do psicanalista. São observados: intensidade, altura, amplitude, timbre da voz ou ritmo da fala no decorrer da sessão. Ao lado do verbo estão os sentimentos, que devem ser observados a escolha da palavra, a seleção de assuntos e os lapsos que o paciente comete ao verbalizar seu pensamento. A escuta de gestos e atitudes, segundo o mesmo autor, é a observação de todos os gestos e comportamentos manifestados pelo paciente, seja no horário de sua chegada, como ele se senta, como saúda, seus tiques, ato falho, entre outros gestos e atitudes que vão ajudar na interpretação do analista.

A escuta do corpo é outro destaque de Zimmerman (1999) que afirma que o corpo fala e deve se considerar cinco canais de sua comunicação: imagem corporal, implicando a forma que o paciente se vê;

cuidados corporais, que são os cuidados pessoais, forma de se vestir; conversões, que são manifestações dos órgãos do sentido ou musculações que estejam sob controle do sistema nervoso voluntário; hipocondria, que refere-se a reações do corpo sem causa aparente; somatizações, que é a descarga psíquica do corpo.

Outra escuta é a linguagem metaverbal. Ela tem uma manifestação de uma forma, mas em verdade o comunicador quer dizer outra e indica isso com uma piscada furtiva para alguém, ou cruza os dedos para informar a quem lhe interessa que o que fala não é real.

Linguagem oniróide tende para o lado místico e devaneios. Pode ser utilizada com imagens ou ilustrações simbólicas.

O psicoterapeuta de forma verbal ou não-verbal deve sempre se apoiar no trinômio: escuta clínica, olhar clínico e tato clínico.

A escuta clínica, seria a audição cuidadosa, o ouvir atenciosamente o paciente quando este se expressa, procurando ouvir todos os sons emitidos por ele. Sons verbais ou não verbais, como cita o autor, o homem evoluído caminha em direção à escuta e para ele o ouvido é uma antena aberta para a comunicação no sentido mais amplo do termo.

Escuta clínica, portanto, seria a recepção por parte do terapeuta, de toda emissão sonora produzida pelo paciente, no seu mais amplo sentido.

O olhar clínico seria a visão cuidadosa do terapeuta para seu paciente. Observar com todos os órgãos dos sentidos, com uma intencionalidade, sem pré-conceitos, aceitando seu paciente com suas dependências físicas e/ou emocionais, procurando através desse olhar, descobrir a melhor comunicação com este paciente, independente de idade, sexo, cultura ou religião. Um olhar com abrangência para poder dar, junto com a escuta que é fundamental e característica primordial de um terapeuta, o continente seguro de que cada paciente precisa.

Enfim, para a psicanálise o escutar é muito importante e a forma de interpretar também. As várias formas de comunicação verbal e não verbal têm muito a dizer e em certos casos o comportamento diz muito mais involuntariamente do que a comunicação planejada para ser verbalizada. A correta interpretação leva ao sucesso do tratamento do paciente.

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997), com a anamnese, o terapeuta pode entender a vida passada do cliente, bem como entender como o cliente se relaciona com a queixa que apresenta. Através da

anamnese, o terapeuta tem contato com o histórico de vida do cliente e, com isto, acesso às principais fases do desenvolvimento humano que são: pré e perinatal, primeira infância, infância intermediária, infância tardia e idade adulta. Com estas informações, o terapeuta pode chegar a um diagnóstico do cliente que está sendo atendido.

RESULTADOS

Com base nos sintomas apresentados pela cliente e comparando com a Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID 10, a cliente apresenta aparentemente um transtorno de ansiedade generalizada. Segundo Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID 10 F 41.1 descreve: O aspecto essencial é a ansiedade, a qual é generalizada e persistente, mas não restrita ou mesmo fortemente predominante em quaisquer circunstâncias ambientais em particular (isto é “livremente flutuante”). Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas dominantes são altamente variáveis, mas queixas de sentimentos contínuos de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico são comuns. Medos de que o paciente ou um parente irá brevemente adoecer ou sofrer um acidente são frequentemente expressados, junto com uma variedade de outras preocupações e pressentimentos. Esse transtorno é mais comum em mulheres e frequentemente relacionado a estresse ambiental crônico. Seu curso é variável, mas tende a ser flutuante e crônico.

Como a cliente está em uma faixa etária de quarenta e cinco anos, D'Andréa (1999) diz que na meia idade a mulher tem um sentimento de missão cumprida quando consegue realizar suas tarefas de casa e consegue cuidar muito bem de seus filhos. Na meia idade, a pessoa pode passar por uma ansiedade existencial quando enfrenta ou pensa em uma perda de um ente querido. E para enfrentar esta situação a pessoa pode reavivar sentimentos religiosos, intensificar atividades profissionais e sociais ou aproveitar prazeres mundanos. No caso da cliente, esta intensifica atividades profissionais.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), “Agressão é qualquer forma de comportamento direcionado ao objeto de prejudicar ou ferir outra pessoa que esteja motivada a evitar tal tratamento”. Segundo os mesmos autores, a agressividade pode surgir pela provocação direta por outros:

Evidências sugerem que o abuso físico ou provocação verbal por outras pessoas frequentemente servem como poderosos aliciadores de ações agressivas. Uma vez que a agressão comece, frequentemente mostra um padrão de inquietante escalada; como resultado disso, mesmo leves insultos verbais ou olhares indiretos podem iniciar um processo no qual são trocadas provocações cada vez mais intensas. (KAPLAN, SADOCK; GREBB, 1997).

Os autores ainda afirmam que agressividade é um comportamento que as pessoas exprimem quando estão frustradas. E a cliente, ao relatar como foi seu casamento e o que teve que enfrentar para ficar com seu marido, demonstra que o modo com que o marido a tratava traz certas frustrações, gerando com isso a crise no relacionamento, levando a cliente a pensar em uma separação.

Como resultado, a cliente apresenta um conflito com seu marido, pois este deixa tudo para esta resolver e além de tudo ainda a trata muito mal. O excesso de atividade está deixando a cliente sobrecarregada a ponto de não estar suportando. Quando questionada sobre a separação, a cliente diz que não pode fazer isto porque é tradição da família manter o casamento até o fim. Mas que vai começar mudar sua atitude. A sua mudança começa quando cobra do marido atitudes, questionando seu comportamento para com ela e para com a família, levando-o a rever certas atitudes. A cliente está começando a saber seu lugar na família e também está deixando com que cada um da família faça a sua parte. Com esta mudança, houve alguns contratempos e a cliente está superando cada um deles.

DISCUSSÃO

A cliente chegou à terapia trazendo duas queixa: a primeira, crise financeira; e a segunda, crise no relacionamento conjugal. No decorrer das sessões, a cliente apresentou por diversas vezes quadro de tristeza e um estado depressivo. Em muitas vezes apresentou comportamento regredido e também em algumas sessões a cliente chorou e em outros teve comportamentos agressivos. Os sintomas da cliente estavam mais voltados para a crise conjugal do que para área financeira.

Segundo foi relatado pela própria cliente sempre teve um relacionamento conjugal difícil e o marido estava sempre a maltratando. Com isto a cliente tinha um pensamento de separação, mas pela força da tradição familiar mantinha seu relacionamento. Quando a realidade foi explicada, esta refletiu a respeito desta possibilidade e decidiu continuar seu relacionamento, mas também resolveu mudar sua postura. Com isto a cliente começou a não mais ficar quieta quando confrontada pelo marido, mas sempre que era necessário esta conversava com o marido e chamava sua atenção sobre o que este estava fazendo. Segundo a cliente esta continua com crise financeira, mas com relação à crise do relacionamento, a cliente relata que esta conseguindo lidar com tranquilidade e que não é mais aquela pessoa que aceita tudo de boca calada, mas sempre que é necessário através do diálogo tem chamado o marido na responsabilidade de marido e pai. Tem deixado bem claro para o marido que não é sua mãe, mas é sua esposa. A cliente relata que depois de muito tempo, agora voltou a ter relação sexual com o marido e também voltou a dormir junto com o marido, coisa que já fazia muito tempo que não acontecia. Com estes comportamentos e com a segurança com que a cliente esta resolvendo seus problemas, optei por dar alta a cliente, explicando a esta que na iria impedi-la de buscar a terapia para manutenção pessoal.

A cliente começou a rever o seu relacionamento com seu marido e entende que este já lhe maltratou e maltrata muito, mas a cliente começa a reagir questionando as atitudes do marido para com ela, deixando bem claro que esta continua sendo sua esposa, e não sua empregada, ou mãe. Com isto a cliente está levando o marido a começar a respeitá-la. E também junto aos filhos, esta tem deixado claro que é mãe e não empregada, levando os filhos a repensarem os comportamentos para com a cliente. A cliente já apresentou um grande avanço com a terapia, e isto foi relatado por ela.

CONCLUSÕES

Consideramos que nossa experiência de atendimento clínico foi muito válida e extremamente enriquecedora. No que diz respeito ao nível do conteúdo e da postura profissional, é evidente que podemos melhorar ainda um pouco mais, nos profissionalizar. Porém, deve-se reconhecer que nosso nível de conhecimento e interesse foi relevante para os atendimentos.

A Psicologia atingiu tamanha grandeza em nossas vidas que temos consciência de que não é mais possível sua apreensão em apenas cinco anos de estudos. A formação de psicólogos deveria proporcionar uma formação básica, onde os conteúdos sejam integrados e os conhecimentos não compartimentados sendo que esta exigência nós tivemos, e hoje saímos da graduação com uma verdadeira formação generalista.

Podemos assegurar que toda nossa reflexão didática continuará a ser processada em nossa vida profissional. Porém só através de uma postura ética comprometida que nós poderemos dar início a um processo de estabelecimento de um perfil profissional. Sabemos que não é algo a se obter a partir de interesses e desejos pessoais, mas através de pesquisas e práticas terapêuticas.

É importante atentarmos para o fato de que tal perfil, onde as áreas de conhecimento, as habilidades, os conceitos e os comportamentos necessários ao profissional são pré-estabelecidos desde nossa vida acadêmica. O perfil do profissional a ser construído deve ser parte integrante das informações preliminares fornecidas aos estagiários, o que nos possibilitou assumir junto com a supervisora um compromisso de parceria, sem o qual não seria possível uma postura transformadora e de conhecimento.

REFERÊNCIAS

- BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: Entrevistas e Grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- BUCK, J. **H-T-P**: Casa-Árvore-Pessoa, Técnica Projetiva de Desenho: manual e guia de interpretação. São Paulo: Vitor, 2003.
- CUNHA, A.J. et al. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Saúde; Trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- D'ANDRÉA, F.F. **Desenvolvimento da Personalidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das neuroses**: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FIORINI, H.J. **Teoria e técnica de psicoterapia**. Francisco Alves, 1982.
- FREUD, S. **OBRAS Edição Eletrônica Brasileira das psicológicas completas de Sigmund Freud**. Vol XX, XII e XXI (versão 2.0) – CD-ROM -, Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- GRUNSPUN, H. **Distúrbios Neuróticos da criança**: Psicopatologia e Psicodinâmica. São Paulo: Atheneu, 2003.

- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- KOPPITZ, E.M. **O teste Gestáltico Bender para crianças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- LAPLANCHE, J. **Vocabulários de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MELO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.
- OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescência. São Paulo: Revinter, 2003.
- SCHULTZ, D.P., SCHULTZ, S.E. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cultrix, 1996.
- ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos Psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Enviado em: dezembro de 2007.
Revisado e Aceito: janeiro de 2008.

