

Mudança em Pacientes de Clínica-escola: Avaliação de Resultados e Processos¹

Giovanna Corte Honda
Elisa Medici Pizão Yoshida²

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Resumo: Este artigo objetivou avaliar mudanças em pacientes atendidos em clínica-escola e compreender possíveis fatores que influenciaram os resultados das psicoterapias. A amostra foi composta por nove participantes (oito mulheres e um homem), com idade igual ou superior a 33 anos, em fase de término de atendimento psicoterápico. Realizou-se entrevista individual semiestruturada para avaliar eficácia adaptativa, estágio de mudança e sintomas psicopatológicos. Utilizaram-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R), a Escala de Estágios de Mudança (EEM) e a Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40). Os resultados sugerem ser possível esperar abrandamento dos sintomas psicopatológicos e progresso nos estágios de mudança. A qualidade da configuração adaptativa é mais resistente a melhoras. A aliança terapêutica positiva e a disposição do paciente como agente da própria mudança podem ter sido relevantes nos resultados das psicoterapias, ainda que não diretamente avaliados. São necessárias pesquisas longitudinais para o acompanhamento dos processos desde o início.

Palavras-chave: Processos Psicoterapêuticos, Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde), Mudança (Psicologia), Clínica-escola.

Changes in Training-clinic Patients: Outcomes and Processes Evaluation

Abstract: This study investigated changes in patients cared for in a Training-Clinic and sought to understand the factors influencing the results of psychotherapeutic practices. The sample was composed of nine participants (eight women and one man) aged 33 years old or older, after they had completed psychotherapy treatment. Semi-structured interviews were conducted to evaluate adaptive efficacy, stage of change, and psychopathological symptoms. The Scale for Efficacy of Adaptation (EDAO-R), the Stage of Change Scales (EEM), and the Symptom Assessment Scale 40 (EAS-40) were used. Data suggest that easing symptoms is possible, as is progressing in stage changes; adaptive efficacy, however, is more resistant to change. Positive therapeutic bonds and the willingness of patients to act as agents of their own change may have been relevant in the psychotherapies outcomes, even though these were not directly evaluated. Longitudinal studies are needed to monitor processes from their beginnings.

Keywords: Psychotherapeutic Processes, Process Assessment (Health Care), Change (Psychology), Training-clinic.

Cambio en Pacientes de Clínica-escuela: Evaluación de Resultados y Procesos

Resumen: Se puso como objetivo evaluar los cambios en pacientes acogidos en clínica-escuela y comprender posibles factores que influenciaron en los resultados de las psicoterapias. La muestra abarcó a nueve participantes (ocho mujeres y un hombre), con edad igual o superior a 33 años, en fase final de atención psicoterápica. Fueron realizadas entrevistas individuales semi-estructuradas para evaluar la eficacia de adaptación, etapa de cambio y síntomas psicopatológicos. Fue utilizada la Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R), la Escala Etapas de Cambio (EEM) y la Escala de Evaluación de Síntomas (EAS-40). Los resultados sugieren que es posible aguardar ablandamiento de los síntomas psicopatológicos y progreso en las etapas de cambio. La calidad de la configuración de la adaptación es más resistente a mejoras. La alianza terapéutica positiva y la disposición del paciente como un agente de su propio cambio quizá fueron relevantes en los resultados de las psicoterapias, aunque no directamente evaluados. Se hacen necesarias investigaciones longitudinales para monitorear los procesos desde su inicio.

Palabras clave: Procesos Psicoterapêuticos, Evaluación de Proceso (Cuidado de la Salud), Cambio (Psicología), Escuela-clínica.

Esta pesquisa objetivou avaliar mudanças em pacientes atendidos em clínica-escola e identificou fatores que podem

ter influenciado os resultados dos tratamentos. O estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer a eficiência das intervenções psicoterapêuticas oferecidas nesse contexto, o que para muitos pacientes, constitui a única oportunidade de receber atendimento psicológico gratuito ou a preço simbólico.

Há escassez de estudos científicos que avaliem a eficiência de psicoterapias conduzidas por estudantes e que busquem compreender e explicar os fenômenos psicológicos presentes nesses tratamentos. Pesquisas desse cunho podem orientar as modalidades das práticas desenvolvidas nessas instituições, incitar reflexões, discussões e servir de parâmetro para outras iniciativas (Yoshida, 2005). Todavia, há ainda

¹ Artigo derivado da Dissertação de Mestrado *Avaliação de Mudança em Pacientes de Clínica-escola* defendida pela primeira autora, sob a orientação da segunda autora, junto ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Endereço para correspondência:
Elisa Medici Pizão Yoshida. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n°. CEP 13.060-904. Campinas-SP, Brasil. E-mail: eyoshida@puc-campinas.edu.br

alguns desafios a serem superados na pesquisa clínica, pois existem dificuldades no seu desenvolvimento dentro da realidade das clínicas-escola brasileiras (Santeiro, 2008).

Primeiro, porque muitos profissionais sentem-se confusos em relação à importância da pesquisa e sua utilidade na clínica e muitas vezes acreditam que ambas são contrárias e incompatíveis. Isso acontece porque, de forma geral, os psicoterapeutas ainda são formados na crença de que basta boa formação teórica e supervisões de colegas para adquirir formação como psicoterapeuta. A necessidade de transformação da prática psicoterápica, baseada em evidências obtidas de investigações sistemáticas, demanda a tentativa de evitar a cristalização de algumas técnicas (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Serralta, 2010).

Segundo, grande parte dos estudos em clínicas-escola procura obter dados por meio de pesquisas documentais, com consulta aos prontuários dos pacientes. No entanto, como apontado por Herzberg (2007), muitas vezes, os prontuários são incompletos e falta sistematização das informações existentes. É preciso contar com registros mais precisos sobre os atendimentos recebidos, pois a partir do acúmulo e da construção de conhecimentos, tão necessários para o desenvolvimento da Psicologia nesse contexto, que graduando e profissional têm a oportunidade de manter-se atualizados e de extrair dados úteis para a prática.

A maioria dos trabalhos realizados em clínicas-escola respeita a caracterização da população atendida. Esse tipo de estudo é importante para que o tratamento oferecido possa atender às demandas, levando em conta as possibilidades dos pacientes e, além de ensinar melhora no atendimento à comunidade, também auxiliando na formação dos alunos de Psicologia. Algumas pesquisas investigam o abandono de psicoterapias nesse contexto. Outras destacam a importância da supervisão como uma das principais formas de aprendizado e aperfeiçoamento e apontam as características e habilidades pessoais que podem influenciar na constituição de um bom psicoterapeuta (Aguirre et al., 2000; Chammas, 2010). Diante do quadro apresentado sobre as pesquisas comumente realizadas nessas instituições, aponta-se para a necessidade de estudos que tratam de resultados e processos de psicoterapias conduzidas em clínicas-escola.

Avaliação de Mudança

Adotou-se como critério de mudança o conceito proposto por James O. Prochaska e seu grupo de pesquisa (Prochaska, 1995; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), de acordo com o qual, a mudança deve ser compreendida segundo três dimensões: processos, estágios e níveis de mudança. Essa concepção dimensional de mudança é também conhecida como Modelo Transteórico, desenvolvido empiricamente e aplicável a qualquer processo psicoterapêutico, independentemente da abordagem teórica.

Os processos de mudança referem-se a mecanismos empregados pelo paciente para modificar seus afetos,

pensamentos, comportamentos ou padrões de relacionamento, ao longo da psicoterapia. Categorizam-se segundo dez tipos: (1) aumento de consciência (esforço do psicoterapeuta para o paciente obter novas informações, compreensões e *feedback* em relação a seu problema); (2) alívio dramático (paciente experimenta e expressa emoções e sentimentos relacionados ao problema e a possíveis soluções); (3) autorreavaliação (reorganização da imagem que a pessoa tem de si própria e de seus valores); (4) reavaliação ambiental (reconhecimento por parte do paciente de como seu comportamento está causando problemas para si e no ambiente em que vive); (5) autoliberação (quando a pessoa opta por se responsabilizar em mudar o problema, além de investir esforços e energia para tanto); (6) liberação social (paciente procura alternativas para viver livre de seu problema e as encontra utilizando recursos ambientais e sociais que incentivam a mudança); (7) contracondicionamento (indivíduo procura novas formas de responder aos estímulos associados ao seu problema); (8) controle de estímulos (tentativa de evitar e reduzir estímulos que levam ao comportamento-problema); (9) gerenciamento de reforço (quando há recompensas pelas mudanças alcançadas); (10) relacionamento de ajuda (indivíduo vê a possibilidade de dividir seus problemas com alguém de confiança). Esses processos estão presentes, com mais ou menos ênfase, em toda psicoterapia em função da abordagem teórica do psicoterapeuta (Prochaska, 1995; Yoshida, 2002).

O princípio básico associado aos estágios de mudança é de que os pacientes iniciam os tratamentos com diferentes graus de consciência e motivação para enfrentarem suas dificuldades. São seis estágios possíveis: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término. No estágio de *pré-contemplação*, o indivíduo não tem consciência de seus problemas e resiste em reconhecer ou modificar alguma atitude, mesmo se amigos ou familiares sinalizarem que algo não está bem. Em *contemplação*, a pessoa percebe e admite que tem um problema e pensa em superá-lo, mas não chega realmente a fazê-lo. Em *preparação*, a passagem da intenção ao ato se concretiza. Nele há algumas tentativas de mudança que não chegam, todavia, a serem concluídas, ou para as quais falta suficiente empenho. O estágio de *ação* envolve mudança que requer esforço real para que o indivíduo modifique padrões de comportamento ou atitudes, com intuito de superar seus problemas. Em *manutenção*, há esforço para não se retornar a padrões anteriores e trabalha-se para se prevenir recaídas e consolidarem os ganhos obtidos no estágio de ação. Quando há 100% de confiança de que os problemas anteriores não farão parte de um novo padrão, fala-se em estágio de *término*. Nele, as mudanças estão estáveis e não há motivos para retrocessos.

A passagem pelos estágios não ocorre de forma linear. A mudança se dá, usualmente, através de um movimento em espiral, no qual as recaídas e o retorno aos padrões antigos de comportamento são esperados. Isso significa que a cada retrocesso, o paciente pode aprender com seus erros e tentar alguma coisa diferente na próxima vez (Emmerling &

Whelton, 2009; Prochaska, 1995). A terceira dimensão é a dos níveis de mudança, relacionados com a extensão e profundidade das mudanças alcançadas ou almejadas em uma psicoterapia. Pode-se falar em mudanças de sintomas, problemas situacionais, pensamentos mal adaptativos, conflitos de natureza interpessoal, conflitos familiares/sistêmicos e em conflitos de natureza intrapessoal. Cada um deles representa uma ordem hierárquica e dinâmica, segundo a qual a mudança em um nível poderá ensejar a de outros, independentemente por qual nível se inicie (Prochaska).

Dentre as dimensões de mudança do Modelo Transteórico, a dos estágios de mudança é a que se mostrou mais aplicável à prática clínica e à pesquisa (Emmerling & Whelton). Todavia, para compreensão dos fatores envolvidos no progresso ou não do paciente, é preciso considerar também as duas outras dimensões: processos e níveis de mudança (Prochaska, 1995). Outro conceito que tem se mostrado útil para a avaliação de progresso diz respeito à eficácia com que o paciente enfrenta seus problemas.

O conceito de eficácia adaptativa, proposto por Simon (1989), compreende formas de solucionar e enfrentar os acontecimentos do dia a dia, e sua qualidade envolve a adequação das respostas do indivíduo frente aos problemas dos quatro setores de funcionamento da personalidade: *afetivo-relacional* (A-R – respostas emocionais do indivíduo nas relações interpessoais e consigo mesmo), *produtividade* (Pr – compreende respostas relacionadas a trabalho, estudo ou qualquer ocupação principal da pessoa), *sociocultural* (SC – respostas associadas à estrutura social, aos valores e aos costumes do ambiente em que vive), e *orgânico* (Or – envolve o estado e o funcionamento de saúde e cuidados com o próprio corpo). Se os problemas são solucionados de forma satisfatória, sem haver conflitos para o próprio indivíduo ou para os outros, a resposta é considerada adequada. Se a solução implicar algum tipo de conflito (seja para o próprio indivíduo ou para a sociedade), a resposta é considerada pouco adequada. Em respostas pouquíssimo adequadas, a solução encontrada é insatisfatória e ainda há conflito interno e/ou externo. Quanto mais um conjunto de respostas é adequado, mais eficaz será considerada a adaptação do sujeito (Simon, 1989, 1997).

O emprego conjunto da avaliação da eficácia adaptativa e do estágio de mudança possibilita uma visão geral sobre a chance de progresso esperado (Yoshida & Enéas, 2004). Além disso, é possível que haja uma relação com os níveis de mudança, pois ao se conhecer a qualidade da eficácia adaptativa do sujeito, têm-se também as condições que este tem para enfrentar suas dificuldades e, dependendo dos recursos de que dispõe, a mudança poderá ser em um dos seis níveis mencionados. Ressalta-se, ainda, que as características individuais, bem como a presença ou ausência de sintomas psicopatológicos, apreciados como indicativos do funcionamento geral do paciente, podem influir nos resultados e na melhora percebida pelo paciente (Corbella & Botella, 2004; Yoshida, 1999).

O foco do presente estudo são os resultados de psicoterapias e processos de mudança de pacientes atendidos em

clínica-escola. O objetivo foi o de avaliar alguns aspectos de mudança de pacientes adultos, submetidos a atendimentos psicoterápicos. Os processos foram avaliados retrospectivamente por meio de informações concedidas pelo paciente, durante entrevista para esta pesquisa, e através de consulta aos prontuários. Procurou-se relacionar e comparar estágio de mudança, eficácia adaptativa e sintomas psicopatológicos.

Método

Participantes

A amostra, por conveniência, foi composta por nove participantes (oito mulheres e um homem), com idade igual ou superior a 33 anos, em fase de término de psicoterapia individual, todos provenientes de uma clínica-escola de Psicologia, em um município do interior paulista. Oito pessoas eram casadas e uma era solteira. As ocupações variaram entre aposentada, cozinheira, estudante, faxineira, terapeuta corporal e professora. Os participantes apresentaram queixas diversas, como problemas de relacionamento, depressão, problemas de saúde, preocupação e nervosismo, dificuldade no local de trabalho, timidez e dificuldade de falar em público.

Instrumentos

Para realização do estudo, foram utilizados os instrumentos descritos a seguir:

Escala de Estágios de Mudança (EEM), adaptada para o português por Pace (1999), é uma medida de autorrelato, composta por 32 itens, subdivididos em quatro grupos que correspondem aos estágios pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Respostas em escala Likert de cinco pontos, em que 1 corresponde a *discordo totalmente* e 5 a *concordo totalmente*. A definição do estágio de mudança é dada pela maior pontuação nos itens de um determinado estágio. Para que o indivíduo seja classificado em preparação, é necessário haver pontuações máximas (score = 40) tanto no estágio de contemplação, quanto no de ação. Estudo de precisão e validade da EEM (Yoshida, Primi, & Pace, 2003) apontou consistência interna inferior para pré-contemplação ($\alpha = 0,56$) e contemplação ($\alpha = 0,57$), quando comparada à ação ($\alpha = 0,82$) e manutenção ($\alpha = 0,77$). Quanto à estrutura fatorial, obtida por rotação varimax com normalização Kaiser, apontou-se solução de quatro fatores, compatíveis com a da versão original.

Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40), trata-se de uma medida de autorrelato, adaptada e validada por Laloni (2001) do *Symptom Check List - 90 - Revised* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994). Avalia a severidade dos sintomas psicopatológicos, segundo quatro dimensões: psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2), somatização (F3) e ansiedade (F4). Respostas em escala Likert de três pontos que representam a intensidade do sintoma: 0 (nenhum sintoma), 1 (pouco sintoma) e 2 (muito sintoma). A pesquisa com população clínica indicou boa consistência interna em todos os

fatores (alfas de Cronbach entre 0,77 e 0,86) e boa precisão de teste/reteste, entre sete e 15 dias (r entre 0,40 e 0,78) (Laloni).

Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R) cuja avaliação baseia-se em dados obtidos em entrevista clínica, em que se classifica a qualidade das respostas adaptativas como: adequadas, pouco adequadas ou pouquíssimo adequadas, em função do grau em que resolvam o problema, tragam satisfação e evitem conflito interno ou externo. As respostas são apreciadas segundo quatro setores do funcionamento da personalidade: afetivo-relacional (A-R), produtividade (Pr), sociocultural (SC) e orgânico (Or). A avaliação é feita apenas de forma qualitativa, sem atribuição de escores nos setores SC e Or, enquanto nos setores A-R e Pr são realizadas avaliações quantitativa e qualitativa. Há cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: adaptação eficaz (Grupo 1), adaptação ineficaz leve (Grupo 2), adaptação ineficaz moderada (Grupo 3), adaptação ineficaz severa (Grupo 4) e adaptação ineficaz grave (Grupo 5) (Simon, 1989, 1997). Pesquisas voltadas para as qualidades psicométricas de precisão e validade evidenciam que o instrumento possui um alto grau de acordo entre juízes (Yoshida, 1999).

Procedimento

Coleta de Dados

Obtiveram-se informações com professores supervisores sobre pacientes que estavam em fase de término de psicoterapia. Estes foram contatados por telefone e convidados a participar da pesquisa. Para os que concordaram, foi marcada uma entrevista individual para avaliação da EDAO-R e houve a aplicação dos instrumentos de autorrelato (EEM e EAS-40). As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Análise dos Dados

Para a avaliação do paciente, no início do processo psicoterápico, as autoras analisaram, retrospectivamente e de forma independente, a entrevista de triagem e o relato da primeira sessão da psicoterapia, com base no material constante no prontuário do paciente. Em cada caso, fizeram uma avaliação clínica do Estágio de Mudança e também da eficácia adaptativa (EDAO-R). O início dos atendimentos de alguns pacientes havia ocorrido há muitos anos. Nos casos em que houve desacordo, uma discussão das avaliações permitiu que se chegasse a um consenso.

Nessa etapa, a avaliadora lia o material disponível e procedia primeiramente à avaliação da eficácia adaptativa, baseando-se nos critérios da EDAO-R (Simon, 1997). Depois, o material era novamente examinado, buscando-se evidências que indicassem o estágio de mudança com base em julgamento clínico (Yoshida & Enéas, 2004). Para isso,

consideraram os dois critérios que definem cada estágio: grau de consciência que o paciente demonstra sobre o problema que o levou a buscar psicoterapia e disposição para enfrentá-lo. Afirmar como “o paciente relatou ter se submetido à psicoterapia anteriormente pelo mesmo problema”, foi entendida como evidência de que ele admitia ter o problema e que vinha fazendo esforços para enfrentá-lo, mas ainda sem sucesso. Nesse caso, era classificado em preparação. Quando havia indicações de que o paciente só teria buscado atendimento por pressão de familiares ou encaminhamento de outros profissionais, era considerado em pré-contemplação. O paciente foi classificado em contemplação quando havia evidências de que a busca pela psicoterapia teria sido espontânea, mas sem indicadores claros de tentativas anteriores para solucionar o problema. A opção pela avaliação clínica, a partir dos dados constantes no prontuário de cada participante, justifica-se pelo fato de que, no momento da pesquisa, todos estavam em fase de término das psicoterapias. Nos casos em que houve desacordo, uma discussão das avaliações permitiu que se chegasse a um consenso.

A fase de pós-intervenção foi avaliada pelo instrumento de autorrelato (EEM). No entanto, como se verá na discussão dos casos, os resultados da EEM foram analisados clinicamente, considerando-se os dados obtidos na entrevista realizada para esta pesquisa. Foram examinados os mecanismos empregados pelo paciente para modificar afetos, pensamentos, comportamentos ou padrões de relacionamento, ao longo da psicoterapia, que correspondem aos processos de mudança, e também a extensão e a profundidade das mudanças alcançadas, que correspondem aos níveis de mudança.

A EAS-40 avaliou o índice de sintomas psicopatológicos, ao final da psicoterapia, e indicou o funcionamento geral dos participantes e como este estaria influenciando os resultados dos tratamentos. Adotou-se como ponto de corte para a população clínica o escore = 1, para EAS-40 geral e para as quatro dimensões (Yoshida, 2008). Buscou-se examinar possíveis relações entre o relato de melhoras, mudanças na configuração adaptativa e no estágio de mudança. Dada a diversidade de queixas, tempo de atendimento e tamanho reduzido da amostra, a análise dos dados foi feita caso a caso, agrupados apenas com base na evolução dos estágios de mudança, definidos em quatro grupos: (1) evolução de preparação para ação (P/A); (2) evolução de pré-contemplação para preparação (PC/P); (3) evolução de contemplação para preparação (C/P); (4) paciente manteve-se em preparação (P/P).

Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (protocolo nº 813/09). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A Tabela 1 mostra que seis participantes foram atendidos na abordagem Humanista e três na Psicodinâmica. O tempo de atendimento variou entre seis anos (a cada ano a psicoterapia foi conduzida por um estagiário diferente) e seis meses (um único estagiário). Seis participantes evoluíram no estágio de mudança, sendo que dois passaram do estágio de preparação para o de ação; três estavam em pré-contemplação e passaram para preparação; e um evoluiu do estágio de contemplação para o de preparação. Três participantes mantiveram o mesmo estágio de mudança

(preparação). Além disso, três participantes tiveram evolução na eficácia adaptativa, quatro mantiveram a avaliação inicial, e um participante retrocedeu. Não foi possível fazer comparação com a EDAO-R em um dos participantes, visto que não havia dados suficientes para avaliação no setor Pr, no prontuário, por ocasião de sua admissão para a psicoterapia. A avaliação através da EAS-40 possibilitou saber que, dos nove participantes, um não apresentou sintomas psicopatológicos, ao final do tratamento. Verifica-se que, em relação ao Índice Geral de Sintomas, um participante apresentou escore acima do ponto de corte para a população clínica.

Tabela 1

Distribuição dos Participantes quanto ao Estágio de Mudança (Pré e Pós-atendimento), Abordagem Teórica da Psicoterapia, Tempo em Atendimento na Clínica-escola, Eficácia da Adaptação (Pré e Pós-atendimento) e Sintomas Psicopatológicos (Pós-tratamento)

EEM pré e pós	Participante	Abordagem	Tempo (anos)	EDAO-R pré e pós	EAS-40
P/A	2	Humanista	5/6	3/2	0,33
	4	Psicodinâmica	5/6	4/2	0,9
PC/P	5	Humanista	≤ 1	5/5	0,77
	6	Psicodinâmica	≤ 1	4/4	0,75
	7	Humanista	2	4/4	0,77
P/P	1	Humanista	≤ 1	5/5	0,6
	3	Humanista	2	?/4	1,23
	8	Psicodinâmica	≤ 1	3/1	0
C/P	9	Humanista	5/6	3/4	0,18

Nota. PC - pré-contemplação. C - contemplação. P - preparação. A - ação. EDAO-R - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionaliza Redefinida; EAS-40 - Escala de Avaliação de Sintomas.

Discussão

A análise dos dados inicia-se pelos participantes que evoluíram do estágio de *preparação para ação*. Cumpre destacar que a participante 2 procurou a clínica espontaneamente, devido a um desentendimento com seu pai. Um fato marcante de sua história de vida é o suicídio da mãe, ocorrido há muitos anos, que teria tido grande impacto sobre a estrutura familiar. Um dos processos de mudança que marcaram seu tratamento refere-se à autorreavaliação, uma vez que relata que “nunca teve boca pra nada”, sempre foi a “boazinha” e sofria calada. Hoje, contudo, verbaliza seus desejos e reivindica seus direitos. Além disso, obteve *aumento de consciência* e passou a refletir os motivos e significados de alguns sentimentos em sua vida. A participante também fez uma *reavaliação ambiental* e passou a apresentar mudanças nesse campo, melhorando o relacionamento com o pai. Em relação à eficácia adaptativa evoluiu do Grupo 3 (adaptação ineficaz moderada) para o Grupo 2 (adaptação ineficaz leve). Houve considerável melhora no setor Pr, pois apesar de, no começo, não ter encontrado apoio de sua família para voltar a estudar, terminou o ensino médio e hoje cursa uma

faculdade. O setor A-R manteve a avaliação inicial. Mesmo que o relacionamento com o pai tenha melhorado, enfrenta dificuldades com a família da namorada dele, e acaba por responder de forma ineficaz às situações que os envolvem. A participante não apresentou em nenhuma das dimensões da EAS-40 elevado nível de severidade psicopatológica que pudesse sugerir presença de distúrbios.

A participante 4 procurou espontaneamente a clínica de Psicologia, porque seu marido a estava traindo. Ao mesmo tempo, enfrentava dificuldades em relação ao trabalho. A psicoterapia propiciou melhoras à participante e os processos envolvidos incluem: aumento de consciência, autorreavaliação e autoliberação. O tratamento ajudou-a a refletir sobre os motivos de seus problemas e a perceber o que a deixa angustiada. Também houve percepção de que era ela quem tinha de mudar e não o outro, por isso passou a se posicionar e a buscar seus direitos, conseguindo superar algumas dificuldades com o marido e reverter o conflito conjugal de forma construtiva. Houve ganhos na qualidade da eficácia adaptativa, que passou do Grupo 4 (adaptação ineficaz severa) para o Grupo 2 (adaptação ineficaz leve). O setor Pr apresentou avaliação eficaz. A participante é aposentada e

se envolve ativamente em cursos de artesanato e culinária, que correspondem à *liberação social*. Para ela, esses cursos são fonte de interação e relacionamentos sociais. Também houve evolução no setor A-R, no entanto, neste ainda há alguns problemas a serem superados, pois ela relata que sente recaídas que a fazem voltar a situações do passado. Quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, o fator somatização foi o mais comprometido ($F3 = 1,4$). Isso pode ser explicado em função de a participante ter distúrbios físicos influenciados por seu estado emocional, como hipertensão e “diabete emocional”. O fato de estar se sentindo muito esquecida ultimamente pode estar agravando o fator ansiedade ($F4 = 1,1$). Ressalta-se que apesar de ter feito alguns exames, cujos resultados deram negativo, a participante se preocupa e teme que um dia possa ter mal de Alzheimer.

A seguir, discutem-se os casos dos participantes que evoluíram do estágio de *pré-contemplação para preparação*. A participante 5 foi encaminhada para a clínica de Psicologia pelo médico psiquiatra. Há sete anos sofreu um acidente de trabalho e, desde então, faz perícia regularmente. Ela se sente maltratada, humilhada e não consegue confiar em ninguém. Submeteu-se a várias cirurgias e atualmente está impossibilitada de trabalhar. Um dos principais processos de mudança presentes em seu tratamento diz respeito ao *relacionamento de ajuda*, pois apesar de não conseguir precisar em que mudou, diz que antes sentia muita tristeza e vontade de morrer, mas que hoje isso melhorou. Aponta que ainda tem o mesmo sentimento, mas se sente ajudada, pois encontra apoio e se sente compreendida. Não houve mudanças na eficácia adaptativa que continuou apresentando-se como ineficaz grave (Grupo 5). Os setores A-R e Pr apresentam-se comprometidos, devido a problemas de relacionamento em sua casa e ao acidente que sofreu em seu trabalho. Quanto à severidade dos sintomas psicopatológicos, apenas o fator ansiedade apresentou-se mais comprometido ($F4 = 1,8$). Acredita-se que essa dimensão esteve mais elevada porque a paciente está preocupada com o fato de quem poderá atendê-la no ano seguinte, no lugar da estagiária que a acompanhou durante o processo (a estagiária estava no último ano da graduação).

O participante 6 procurou espontaneamente a clínica de Psicologia. No entanto, a motivação para buscar ajuda psicoterápica veio de exigência familiar. Com a psicoterapia, o participante obteve *aumento de consciência* e fez *autorreavaliação*, uma vez que antes se achava o “dono da verdade” e, quando questionado, tinha de ter resposta para tudo. Depois, passou a refletir se estava na hora de ouvir as pessoas que estavam à sua volta e percebeu que não tinha o controle de todas as situações, reconhecendo seu limite. Também fez *reavaliação ambiental* e acredita que está mais participativo e envolvido com as atividades familiares. Percebe-se, contudo, que ainda é necessário melhorar seu “nervosismo”, pois há momentos em que briga com mais intensidade que a necessária. Não houve mudança na eficácia adaptativa, que permaneceu no Grupo 4 (adaptação ineficaz severa). Em relação ao setor da Pr, o participante possui uma atitude geral

de extremo contentamento, o que é considerado pouquíssimo adequado. O setor A-R perdura como pouco adequado por não conseguir conter seu nervosismo em alguns momentos, o que afeta o ambiente no qual convive. Quanto à presença de sintomas psicopatológicos, a dimensão mais comprometida foi a somatização ($F3 = 1,5$). Uma possível explicação consiste no fato de o participante ter alterações na pressão arterial, que fica alta quando acontece algo que mexe com seu estado emocional.

A participante 7 chegou à clínica de Psicologia via encaminhamento do conselho tutelar. O motivo pelo qual decidiu continuar o tratamento foi por conta de dificuldades de relacionamento com sua filha adolescente e de problemas com o marido, que é alcoolista. Os processos de mudança envolvidos incluem *aumento de consciência, reavaliação ambiental, autoliberação e relacionamento de ajuda* (colocou-se no lugar da filha, refletiu sobre seu modo de agir com ela e conseguiu ir à Delegacia da Mulher para denunciar o marido, que a ameaçava. A psicoterapia foi vista como forma de apoio e um lugar para “esvaziar-se dos problemas”, através do qual obteve alívio ao compartilhar sua situação). A eficácia adaptativa não mudou e continuou no Grupo 4 (adaptação ineficaz severa). O setor A-R é o mais comprometido. Apesar das melhoras, ainda enfrenta sérios problemas nesse campo. A Pr também apresenta comprometimento, pois sua evolução profissional foi interrompida devido às exigências do marido. A severidade geral dos sintomas psicopatológicos foi de 0,77. Os fatores mais comprometidos foram psicoticismo e obsessividade-compulsividade ($F1$ e $F2 = 1,1$ cada), mesmo assim, ela sente que sua saúde está bem e nada a incapacita de fazer suas tarefas do dia a dia.

Na sequência, apresentam-se os casos de participantes que permaneceram no *estágio de preparação*. A participante 1 procurou espontaneamente a clínica de Psicologia na época em que estava desempregada. Sentia-se com muitas responsabilidades, estressada e acabava por descontar em seus filhos, prejudicando sua relação com eles. Apesar de não haver evolução no estágio de mudança, segundo avaliação com a EEM, são visíveis alguns processos de mudança, como *reavaliação ambiental, aumento de consciência e autoliberação* (percebeu que as pessoas não mudam porque os outros falam, mas sim porque querem). Mesmo que sinta melhoras no relacionamento com os filhos, suas respostas adaptativas no setor A-R foram consideradas pouquíssimo adequadas, pois ainda há dificuldades nesse setor. A Pr continuou apresentando comprometimento e, apesar de ter arranjado emprego, não se sente satisfeita em seu trabalho atual. Por isso, ao final do atendimento, a participante apresentava adaptação ineficaz grave (Grupo 5), ficando abaixo do ponto de corte para a população clínica, com $IGS = 0,6$.

A participante 3 procurou espontaneamente a clínica de Psicologia com queixa de ser excessivamente preocupada e nervosa. Por isso ficava indecisa, às vezes chorava, o que a deixava mais nervosa, entrando num ciclo vicioso. Apesar de não evoluir no estágio de mudança, segundo avaliação da

EEM, o principal processo de mudança observado refere-se ao *relacionamento de ajuda*, já que encontrou, na psicoterapia, um lugar onde se sentiu apoiada e pôde compartilhar suas angústias. Não foi possível estabelecer uma comparação quanto à qualidade da *eficácia adaptativa*, pois não houve dados suficientes para avaliação inicial, no setor Pr. Observa-se que, após tratamento, apresentou *adaptação ineficaz severa* (Grupo 4). Os setores A-R e Pr apresentam-se comprometidos, pois não se sente satisfeita e neles encontra dificuldades. A severidade dos sintomas psicopatológicos geral foi de 1,23. Chama-se a atenção ao comprometimento na dimensão obsessividade-compulsividade ($F2 = 1,6$). De fato, foi possível perceber, via entrevista, que a participante apresentava traços rígidos, característicos de pessoas com sintomas desse fator.

A participante 8 procurou espontaneamente a clínica de Psicologia porque enfrentava problemas de relacionamento com sua filha e por não conseguir sair de casa, visto que sentia receio de deixar sozinho o marido doente. Não conseguia se impor e nem falar o que queria. Segundo a avaliação da EEM, não houve evolução no estágio de mudança, que permaneceu em *preparação*. Apesar disso, os processos de mudanças observados nessa participante, referem-se à *autorreavaliação*, *aumento de consciência* e *autoliberação*. Como consequência, passou a lidar melhor com os problemas em sua casa, principalmente em relação ao marido. Hoje consegue debater com ele e se sentir bem, além de não se preocupar por deixá-lo sozinho em casa. O relacionamento com a filha também melhorou, pois hoje as brigas não são tão recorrentes e houve melhora no diálogo entre elas. A qualidade da eficácia adaptativa evoluiu do Grupo 3 (adaptação ineficaz moderada) para o Grupo 1 (adaptação eficaz). A adaptação adequada no setor Pr justifica-se em função da satisfação no que faz e com as pessoas com as quais trabalha. O setor A-R também apresenta adaptação adequada (houve visível melhora na qualidade dos seus relacionamentos interpessoais). O IGS foi nulo, o que indica a ausência de distúrbios que pudessem estar comprometendo sua vida.

Por fim, discutem-se os casos de participantes que evoluíram do estágio de *contemplação para preparação*. A participante 9 foi encaminhada por uma fonoaudióloga, todavia, afirma que já estava querendo ser atendida há algum tempo. Diz que era muito tímida e tinha dificuldade de falar perto das pessoas, repercutindo negativamente em seu trabalho como professora. O *aumento de consciência* e a *autorreavaliação* foram os principais processos de mudança presentes no tratamento da participante, que adquiriu nova percepção sobre si mesma (percebeu que tinha necessidade da atenção das pessoas). Em relação à avaliação da eficácia adaptativa, passou do Grupo 3 (adaptação ineficaz moderada) para o Grupo 4 (adaptação ineficaz severa). Esse retrocesso pode ser explicado porque no momento da entrevista a participante apresentava um problema que antes não havia no setor A-R. O índice de severidade geral dos sintomas psicopatológicos foi baixo ($IGS = 0,18$), o que indica que não há sintomas que possam estar interferindo no progresso da psicoterapia.

A análise das entrevistas e das avaliações dos instrumentos de autorrelato permitiu traçar um quadro geral das mudanças e compreender as melhoras assinaladas pelos participantes (aumento de consciência, autorreavaliação, reavaliação ambiental, autoliberação, liberação social e relacionamento de ajuda). Em relação aos níveis de mudança, verificou-se que os participantes que evoluíram na *eficácia adaptativa* foram os que alcançaram mudanças mais profundas (melhoras em conflitos de natureza interpessoal e familiar). É possível que tenham progredido em relação à configuração adaptativa em função de mudanças em padrões de funcionamento, o que indica que adquiriram recursos adaptativos para responderem de forma mais eficaz aos acontecimentos.

Os casos em que não houve evolução na eficácia adaptativa, dizem respeito aos participantes com maiores comprometimentos nos setores A-R e Pr (Grupos 4 e 5). Neles as mudanças foram mais restritas e se deram, na sua maioria, em relação aos sintomas. Prochaska (1995) aponta justamente que a melhora tende a ocorrer mais rapidamente no que diz respeito aos sintomas, ao passo que, para o indivíduo alcançar mudanças mais profundas, a duração da psicoterapia poderá ser maior. É provável, portanto, que esses participantes demandem mais tempo para resolução de seus conflitos, pois Yoshida e Enéas (2004) lembram que a mudança em pacientes mais comprometidos costuma ocorrer de forma mais lenta.

Alguns fatores podem ter influenciado os resultados das psicoterapias, como a disposição dos participantes como agentes da própria mudança. Se comparados àqueles que se envolveram ativamente durante o processo, os que se mostraram passivos tiveram mudanças limitadas, ligadas à melhora de sintomas e alívio em relação à queixa. A severidade do transtorno (físico ou psicológico) também é um fator de influência quando se fala em mudança em psicoterapia (Corbella & Botella, 2004). Constatou-se que, ao término da psicoterapia, quatro participantes estavam abaixo do ponto de corte para população clínica, em relação ao índice geral de sintomas (IGS), avaliado pela EAS-40. Uma participante com traços rígidos, característicos de pessoas com sintomas obsessivo-compulsivos, estava acima desse índice. Os quatro casos em que o IGS se aproximou do ponto de corte podem ser explicados pela presença de distúrbios físicos que interferem no estado emocional do participante ou devido à ansiedade gerada por problemas pontuais, não sendo necessariamente crônica.

Outro fator visto como parte fundamental no processo de mudança é a motivação que leva o paciente a buscar ajuda psicoterápica (Corbella & Botella, 2004; Santibáñez Fernández et al., 2008; Yoshida & Enéas, 2004). Essa motivação está intimamente ligada ao seu grau de consciência e, de acordo com Prochaska (1995), pessoas que não têm consciência de seus problemas, na maioria das vezes, não possuem motivação para se engajar num processo e dificilmente estarão dispostas a enfrentar suas questões, se não tiverem intervenções que visem ao reconhecimento de suas dificuldades. Isso pôde

ser visto nos participantes que inicialmente estavam no estágio de pré-contemplação. Todos eles buscaram auxílio psicológico por motivos externos e pareciam não ter consciência dos problemas que estavam afetando suas vidas. No entanto, ao longo dos tratamentos, puderam compreender esse fato e desejaram continuar a psicoterapia. Somado a isso, observou-se que esses participantes também se envolveram no processo, provavelmente, por se sentirem compreendidos ao compartilhar o sofrimento.

O contrário foi notado em participantes que apresentaram maior grau de reconhecimento de suas dificuldades. Aqueles que mostraram ter disposição para enfrentá-las, evoluíram para o estágio de ação e estavam motivados a buscar uma mudança. Nesses casos, a motivação para mudança repercutiu em resultados positivos no processo. Deve-se, todavia, tomar essas afirmações com cautela, posto que a amostra constituiu-se por pacientes que chegaram ao término dos atendimentos. Nesse sentido, ao não se contar com pessoas que abandonaram a psicoterapia em algum momento do tratamento, pode-se estar introduzindo um viés nas conclusões.

Observou-se que a abordagem teórica da supervisão, humanista ou psicodinâmica, não pareceu ser relevante para a ocorrência de melhora. Esses dados estão de acordo com a literatura que tem apontado, reiteradamente, que não há diferenças significativas nos resultados de psicoterapias entre os vários tipos de abordagem (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005; Kazdin, 2009; entre outros). Acredita-se que os fatores do relacionamento entre os participantes e os estagiários de Psicologia podem ter sido mais relevantes do que os elementos específicos da técnica e da abordagem, conforme apontado por Serralta (2010). Em estudo realizado por Binder, Holgersen e Nielsen (2009), os próprios pacientes consideraram o relacionamento com o psicoterapeuta como um dos fatores mais importantes para a mudança alcançada no tratamento. Outros autores também ressaltam a importância da aliança terapêutica e sua influência nos resultados das psicoterapias (Araújo & Wiethaeuper, 2003; Corbella & Botella, 2004). Quando o paciente e psicoterapeuta constroem uma relação baseada em confiança e em compromisso, em que um passa a ser colaborador do outro, estabelece-se aliança de trabalho positiva, o que aumenta a possibilidade de resultados promissores no que concerne à mudança nos pacientes (Santibáñez Fernández et al., 2008).

O delineamento desta pesquisa cingiu-se o mais estritamente possível ao percurso feito por profissionais que precisam avaliar o progresso de seus pacientes. Mais especificamente, ao percurso empreendido por supervisores de estágio da maioria das clínicas-escola que enfrentam toda sorte de carências como relatórios incompletos, despreparo pessoal de alguns alunos para o atendimento de pacientes bastante comprometidos, entre outros (Chammas, 2010; Herzberg, 2007). Nesse sentido, para julgarem se o paciente teria ou não evoluído, lançam mão da experiência clínica e dos resultados, eventualmente, disponíveis de escalas, cujos resultados são traduzidos em escores.

Em se tratando de pesquisas baseadas parcial ou totalmente em dados de prontuários, essas deficiências acabam contaminando também os resultados, como é o caso da atual. Se de um lado, pode-se questionar o rigor metodológico do delineamento aqui utilizado, este contempla uma das reivindicações atuais aos pesquisadores em psicoterapias, que é buscar estabelecer pontes entre a prática e a pesquisa, respeitando o contexto e as condições em que as psicoterapias são usualmente realizadas (Castonguay, 2011). É preciso reconhecer, contudo, que a presente investigação é apenas um pequeno e modesto passo, nesse sentido, que precisará ser replicado em amostras mais amplas e heterogêneas. Ademais, sempre que possível, os mesmos procedimentos de avaliação pré e pós-tratamento deverão ser respeitados.

Conclusões

A pesquisa na clínica-escola de Psicologia possibilitou saber que os atendimentos prestados por estudantes promoveram melhoras nos pacientes e que diferentes fatores podem ter contribuído para os resultados das psicoterapias. Este estudo focalizou o estágio de mudança em que o paciente se encontrava no momento da intervenção, qualidade da eficácia adaptativa e índice de sintomas psicopatológicos. As análises realizadas, com base no material das entrevistas sugeriram ainda que a qualidade do relacionamento estagiário de psicologia-paciente e a disposição do paciente como agente da própria mudança podem ter sido relevantes no desfecho dos processos.

Outro aspecto a ser apontado é que, a partir das entrevistas, os participantes puderam rever e refletir sobre o processo psicoterápico do qual fizeram parte, de modo a compreender as melhoras em suas vidas atuais. Em relação aos resultados da pesquisa, foi possível conjugar as três dimensões da mudança – progresso, estágio e nível – na compreensão do progresso ou não do paciente. Além disso, os instrumentos de avaliação de autorrelato deram subsídio para complementar, de uma perspectiva, as melhoras ou piores constatadas pelas avaliadoras.

Quanto à população atendida em clínica-escola, alguns participantes tiveram dificuldades em compreender alguns enunciados da EEM, o que reforça a necessidade de se utilizarem critérios clínicos para avaliar mais adequadamente o estágio de mudança (Yoshida & Enéas, 2004). A incompreensão desses itens deve ser entendida como uma das limitações deste estudo.

Como a amostra de participantes foi atendida apenas segundo duas abordagens teóricas (Humanista e Psicodinâmica, havendo predomínio da primeira), novos estudos deverão incluir participantes atendidos em outras abordagens e distribuídos de forma equitativa, na tentativa de reduzir vieses que possam interferir nos resultados. Ademais, por esta pesquisa ser de cunho retrospectivo, as melhoras relatadas pelos participantes limitam-se às informações vindas de suas lembranças, perdendo-se dados que poderiam ser

considerados importantes. Em vista disso, enfatiza-se a necessidade de pesquisas longitudinais, em que os processos possam ser acompanhados desde o início, com a finalidade de se obterem dados mais fidedignos dos fenômenos envolvidos nas psicoterapias.

Referências

- Aguirre, A. M. B., Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Carmo, E. M. S., & Santiago, M. D. E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. *Psicologia USP, 11*(1), 49-62.
- Araújo, M. S., & Wiethaeuper, D. (2003). Considerações em torno das atuais correntes predominantes da pesquisa em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia, 5*(1), 33-52.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250-256.
- Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research, 2*(2), 125-140.
- Chammas, D. (2010). *Triagem estendida: Um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de psicologia*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 19 outubro 2010, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08032010-151628/pt-br.php>
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R – SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Diniz Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia psicoterapêutica: Terapia de família e o efeito dodô. *Estudos de Psicologia (Natal), 10*(3), 355-361.
- Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(6), 687-698.
- Herzberg, E. (2007). *Gerenciamento informatizado de uma clínica-escola de psicologia*. Tese de Livre-docência não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 20 novembro 2010, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-12032008-101133/pt-br.php>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas-90-R – SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade*. Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Recuperado em 03 abril 2010, de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/processaPesquisa.php?pesqExecutada=1&id=1364
- Pace, R. (1999). *Escala de estágios de mudança: Variáveis psicométricas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Prochaska, J. O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 403-440). New York: Guilford.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114.
- Santeiro, T. V. (2008). Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: Pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo, 13*(4), 761-770.
- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica, 26*(1), 89-98.
- Serralta, F. B. (2010). *O PQS - Psychotherapy Process Q-Set e o exame da relação entre processo e resultado na psicoterapia psicodinâmica breve*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada. *Boletim de Psicologia, 47*(107), 85-94.
- Yoshida, E. M. P. (1999). Psicoterapia breve e prevenção: Eficácia adaptativa e dimensões da mudança. *Temas em Psicologia, 7*(2), 119-129.
- Yoshida, E. M. P. (2002). Escala de estágios de mudança: Uso clínico e em pesquisa. *Psico USF, 7*(1), 59-66.
- Yoshida, E. M. P. (2005). Recepção, acolhimento, triagem e pesquisa na clínica psicológica. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, & C. P. Simon (Orgs.), *Formação em psicologia: Serviços-escola em debate* (pp. 271-280). São Paulo: Vetor.
- Yoshida, E. M. P. (2008). Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve. *Paidéia (Ribeirão Preto), 18*(40), 305-316. doi: 10.1590/S0103-863X2008000200008

Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2004). A proposta do núcleo de estudos e pesquisa em psicoterapia breve para adultos. In E. M. P. Yoshida & M. L. E. Enéas (Orgs.), *Psicoterapia psicodinâmicas breves: Propostas atuais* (pp. 223-258). Campinas, SP: Alínea.

Yoshida, E. M. P., Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(3), 7-21.

Giovanna Corte Honda é doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Elisa Medici Pizão Yoshida é Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Recebido: 15/12/2010

1ª revisão: 15/08/2011

Aceite final: 22/09/2011