



Entrevistas Psicológicas no Centro de Atenção Psicossocial I e na Residência Terapêutica

BAUER, Laís Daniéli Nunes¹

JÚNIOR, Sidnei Nogueira de Souza¹

LEAL, Júlia Maciel¹

SILVEIRA, Mateus da Rocha Centena¹

CORRAL, Cláudia Moscarelli²

DEBLE, Catiéli Malaguez Marques²

WEBER, Andréia Sorensen²

Resumo: Este estudo de natureza qualitativa objetivou descrever como a entrevista psicológica (anamnese) pode colaborar na definição do psicodiagnóstico e da forma de tratamento adequada a cada paciente, baseado em revisão literária sobre o tema, bem como apontar como os métodos e as técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicanálise podem contribuir para a saúde mental dos pacientes desde a entrevista inicial. Para tanto, foram realizadas entrevistas com 6 (seis) pessoas vinculadas ao CAPS I e à Residência Terapêutica de Bagé-RS, que responderam a perguntas semi-estruturadas, no período de 18 de outubro a 11 de novembro de 2022. Ao final do período supramencionado, observou-se que essa forma de acolhimento é uma eficaz estratégia para verificar os possíveis indícios de psicopatologias. Em suma, esse tipo de abordagem contribui para o processo de mudança comportamental desde o início, visando uma melhor qualidade de vida dos sujeitos. Por último, foi possível perceber que os pacientes se sentiram devidamente acolhidos pelos profissionais envolvidos em suas questões psicológicas.

Palavras-chave: entrevista psicológica, saúde mental, psicanálise, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract: This qualitative study aimed to describe how the psychological interview (anamnesis) can collaborate in defining the psychodiagnosis and the appropriate form of treatment for each patient, based on a literature review on the subject, as well as pointing out how the methods and techniques of Cognitive Therapy -Behavioral and Psychoanalysis can contribute to the mental health of patients from the initial interview. For this purpose, interviews were conducted with 6 (six) people linked to CAPS I and the Therapeutic Residence of Bagé-RS, who answered semi-structured questions, from October 18 to November 11, 2022. At the end of the period mentioned above, it was observed that this form of reception is an effective strategy to verify the possible signs of psychopathologies. In short, this type of approach contributes to the process of behavioral change from the initial reception, aiming at a better quality of life for the subject. Finally, it was possible to perceive that the patients felt properly welcomed by the professionals involved in their psychological issues.

Keywords: psychological interview, mental health, psychoanalysis, cognitive-behavioral therapy.

¹ Discentes do Curso de Psicologia, 4º semestre 2021/1 - Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

² Docentes do Curso de Psicologia, Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo aborda sobre a importância da entrevista inicial (anamnese), uma das principais atribuições de uma(a) psicólogo(a), que se caracteriza como um recurso indispensável para a definição de algumas psicopatologias. Na prática, se buscam objetivos psicológicos (história pregressa, diagnósticos anteriores, uso de medicações, rotinas de vida, etc.). Dessa maneira, se possibilita um trabalho eficaz na definição de indicações e contra indicações em relação ao tratamento. Em suma, apesar de se tratar de um acolhimento



inicial, a entrevista já pode colaborar na definição do psicodiagnóstico e da forma de tratamento adequada a cada paciente.

Sabe-se que todo sujeito se constitui de um ser único, com particularidades biopsicossociais desenvolvidas, de acordo com a sua experiência de vida e de seus pais, o que exerce influência direta ou indiretamente na sua saúde mental. Fruto disso, surgem pensamentos e comportamentos que podem ser disfuncionais e que, dessa forma, necessitam serem compreendidos e ajustados, a fim de garantir a manutenção da sua qualidade de vida.

Nesse ponto entra o papel do psicólogo, que, através da anamnese, certamente contribuirá com o psicodiagnóstico e, conseqüentemente, com a definição da mais adequada forma de tratamento e do tipo de abordagem, destacando-se atualmente a TCC e a psicanálise.

A problemática aqui apresentada possui a seguinte estrutura: - Início (o quê): o que se entende sobre Entrevista Psicológica, TCC e Psicanálise na prática?; - Objetivos (para quê): colaborar com o psicodiagnóstico de pacientes de acordo com suas queixas; - Técnicas (como?): através da entrevista psicológica (anamnese); - Cenários (onde?): no CAPS I e na Residência Terapêutica (RT); - Fim (OM): análise dos resultados, discussão, devolutiva e considerações finais.

Diante disso, com a finalidade de caracterizar a produção do conhecimento teórico, baseado na TCC e na psicanálise, utilizou-se na pesquisa em livros, manuais e endereços eletrônicos como o Google Acadêmico e SciELO os seguintes descritores: entrevista psicológica, saúde mental, psicanálise e terapia cognitivo-comportamental. Tudo relacionado com o tema proposto. Dentro dessa revisão de literatura, destacaram-se como objetos desse estudo os seguintes autores: Beck (1979, 1997, 1999, 2013, 2022), Clark et al. (1999), Anastasi e Urbina (2000), Wright et al. (2014 e 2019), Freud (1980), Etchegoyen (2003), Zimerman (2007), Hurtz (2009), dentre outros.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Entrevista psicológica

Segundo Anastasi e Urbina (2000), a entrevista foi entendida por pesquisadores, desde 3000 a.C., na China, como uma forma de testagem de novos funcionários civis e na

Grécia eram utilizados para processos educacionais. Ao longo desses milênios, essa técnica teve como objetivo verificar determinadas características psicológicas de uma pessoa.

Sob o olhar da TCC, antes da primeira sessão de tratamento, ela é considerada uma das ferramentas primordiais, que serve para coletar a história pregressa do paciente, de modo que se possa conceitualizar e diagnosticá-lo e definir os primeiros passos do plano de tratamento. Os objetivos desta sessão são: desenvolvimento da relação terapêutica, aumento da esperança do cliente, familiarização dele com o método e modelo cognitivo. Depois dessa sessão inicial, quando relevante, contata profissionais anteriores e atuais da área de saúde mental que trataram ou estão tratando do mesmo (BECK, 2022).

De acordo com Wright et al. (2019), existem alguns indicadores de prognóstico geral que precisam de atenção especial, por ocasião da avaliação inicial. Problemas presentes na vida do paciente há muito tempo (cronicidade e recorrência) normalmente demandam mais sessões de terapia; o mesmo pode ser dito sobre o tratamento de transtornos depressivos ou de ansiedade que são complicados por abuso de substâncias ou por outros quadros comórbidos (complexidade). Em suma, a história pregressa de vida e de tratamento do paciente pode fornecer pistas importantes sobre a tratabilidade de seu quadro clínico.

Para Beck (2013), essa sessão de avaliação inicial busca, através de relatos dos pacientes, hipóteses diagnósticas provisórias, assim como os objetivos iniciais do tratamento e as expectativas dos mesmos em relação a si. Somente após isso é possível definir objetivos amplos para o tratamento aliado a um plano de ação eficiente.

Dentro desse contexto, Beck (1997) entende que o psicoterapeuta levanta hipóteses sobre as experiências no desenvolvimento do paciente que contribuíram para a construção da sua crença central, da sua crença intermediária e de seus pensamentos automáticos relacionados. A partir da conceituação cognitiva, o terapeuta poderá traçar junto com o paciente, através da psicoeducação, estratégias (cognitivas, afetivas e comportamentais) para que o cliente tenha ferramentas para enfrentar suas crenças disfuncionais, bem como os eventos estressores que contribuíram para a manifestação dos possíveis transtornos psicológicos.

No campo psicanalítico, Tavares (2000) afirma que há diversos tipos de entrevista classificadas quanto à sua finalidade: de triagem, de anamnese, diagnósticas (que podem ser síndromicas ou dinâmicas), sistêmicas e de devolução. Para tanto, a fim de executar a entrevista de modo adequado, o entrevistador deve ser capaz de:

- 1) estar inteiramente disponível para o outro naquele momento, sem interferências pessoais;
- 2) colaborar para que o paciente se sinta à vontade, desenvolvendo assim uma aliança terapêutica;
- 3) facilitar a expressão dos motivos pelos quais a levaram àquela necessidade;
- 4) buscar esclarecimentos sobre expressões vagas;
- 5) confrontar esquivas e contradições sem afrontar ou inibir o paciente;
- 6) tolerar a ansiedade relacionada aos temas trazidos na entrevista;
- 7) reconhecer mecanismos de defesas e modos de estruturação cognitiva do paciente, especialmente as da relação com o entrevistador (transferência);
- 8) compreender seus processos contratransferenciais;
- 9) ter a iniciativa em momentos de impasse e
- 10) dominar as técnicas pré definidas ou não.

Zimerman (2007) ressalta que é de suma importância estabelecer uma diferença conceitual entre entrevista inicial e primeira sessão. A primeira antecede o possível contrato, a segunda pressupõe que a análise já tenha começado de fato, quando o vínculo analítico ocorre já nas primeiras aproximações em um estado de “pré-transferência”, desde o telefonema do pretendente a um primeiro contato.

O profissional pode estar diante de um paciente somatizador que transmite claros sinais de que manterá com ele uma relação sem transferência (designação daquele paciente que não se aprofunda nos vínculos afetivos, não estabelece associações de idéias que levem a insights, quase nada fantasia). Nesses casos, o analista deve saber que provavelmente será uma análise muito desafiadora.

No entendimento de Freud (1980), a entrevista inicial, por muitos anos, tratava-se não apenas de uma divisão diagnóstica, mas sobretudo, do que ela implicava para as considerações de análise. Ou seja, o psicótico era contraindicado para esse tipo de tratamento e é absolutamente normal que o terapeuta possa recusar e encaminhar um paciente cujo perfil não considere adequado às suas técnicas propostas.

Segundo Ferraz (2012), a inclusão dos pacientes não neuróticos no espectro da clínica psicanalítica deu nova forma ao desenvolvimento de uma metodologia das entrevistas iniciais, que exerce a função de diagnóstico diferencial e contribui para o autoexame por parte do paciente do funcionamento psíquico de si mesmo. Apesar do paciente se situar dentro do

círculo das neuroses, importa conhecer seus mecanismos únicos.

Em resumo, Hurtz (2009) esclarece que o termo entrevista psicológica refere-se a um conjunto de métodos cujo propósito é reunir informações para analisar hipóteses clínicas, realizar diagnósticos, detalhar o funcionamento de sujeitos ou grupos e fazer prognósticos sobre comportamentos ou conduta em ocasiões específicas sejam individuais sejam coletivas.

Um exemplo prático disso, são as entrevistas que ocorrem nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS I) no Brasil, que por sua vez têm sido referências, pelo fato de possuir profissionais que desenvolvem, através do Sistema Único de Saúde (SUS), um trabalho em conjunto em prol da saúde mental da população, em situação de sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias (BRASIL, 2017).

Após o acolhimento, pessoas em tratamento nos CAPS, que possuem problema de moradia, por exemplo, podem ser encaminhadas por sua equipe de referência ao Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia". Trata-se de casas localizadas em espaço urbano, voltadas especialmente às pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (BRASIL, 2004).

O CAPS de referência mantém o suporte de atenção básica com diversos profissionais, considerando a individualidade de cada um dos moradores mesmo que mudem de endereço ou eventualmente sejam hospitalizados, o processo de reabilitação psicossocial constantemente busca uma forma de garantir a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (BRASIL, 2004).

2.2 Terapia Cognitivo Comportamental

Na década de 60, Aaron Beck (2013) estruturou uma psicoterapia cuja primeira nomenclatura foi terapia cognitiva. Este termo hoje é usado na área de Psicologia como sinônimo à "psicoterapia cognitivo-comportamental". Objetivando tratar a depressão, Beck projetou uma psicoterapia organizada, de curta extensão, se concentrando no momento, com o objetivo de resolver problemas atuais e mudar pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados ou inúteis).

Desde então, segundo Beck (1997), outros autores adaptaram esta terapia para uma população diversificada de pessoas com variedade de doenças e problemas, fornecendo uma ferramenta confiável para modificar pensamentos disfuncionais e, a partir disso, evidenciar caminhos a serem trabalhos na cognição e comportamento do indivíduo de forma duradoura,

o que torna qualifica o cliente a ser mais autônomo e diminuindo os sintomas.

Para isso, Beck (2022) enfatiza ser necessária uma estruturação através da conceituação cognitiva, que auxilia o psicoterapeuta a compreender como seus pacientes desenvolveram seus possíveis transtornos psicopatológicos, pensamentos disfuncionais e comportamentos negativos. Sendo assim, fortalece a aliança terapêutica, melhora a capacidade de planejar o tratamento dentro e entre as sessões e de escolher intervenções adequadas, superando possíveis pontos de bloqueio.

O modelo cognitivo é considerado por Beck (2013) como base para a definição de hipóteses pelas quais as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pela própria percepção dos acontecimentos; com isso, a interpretação de uma situação pode levar a pensamentos automáticos que, conseqüentemente, geram reações emocionais e fisiológicas.

Pacientes com transtornos emocionais têm erros bastante característicos na lógica dos pensamentos automáticos, a identificação destes é de suma importância para facilitar a identificação dos indícios psicopatológicos a exemplo da ansiedade (BECK, 1979).

Para (BECK, 1999), são seis as principais categorias de erros cognitivos: inferência arbitrária, super generalização, minimização, maximização, pensamento absolutista e abstração seletiva. Estes estão apresentados no Quadro 1 - Erros cognitivos:

Quadro 1 - Erros cognitivos

Abstração seletiva (às vezes chamada de ignorar as evidências ou filtro mental)	Definição: chega-se a uma conclusão depois de examinar apenas uma pequena porção das informações disponíveis. Os dados importantes são descartados ou ignorados, a fim de confirmar a visão tendenciosa que a pessoa tem da situação. Exemplo: um homem deprimido com baixa autoestima não recebe um cartão de boas-festas de um velho amigo. Ele pensa: “Estou perdendo todos os meus amigos; ninguém se importa mais comigo”. Ele ignora as evidências de que recebeu cartões de vários outros amigos, de que seu velho amigo tem lhe enviado cartões todos os anos nos últimos 15 anos, de que seu amigo esteve muito ocupado no ano passado com uma mudança e um novo emprego e que ele ainda tem bons relacionamentos com outros amigos.
Inferência arbitrária	Definição: chega-se a uma conclusão a partir de evidências contraditórias ou na ausência de evidências. Exemplo: uma mulher com medo de elevador é solicitada a prever as chances de um elevador cair com ela dentro. Ela responde que as chances são de 10% ou mais de o elevador cair até o chão e ela se machucar. Muitas pessoas tentaram convencê-la de que as chances de um acidente catastrófico com um elevador são desprezíveis.

Supergeneralização	Definição: chega-se a uma conclusão sobre um acontecimento isolado e, então, a conclusão é estendida de maneira ilógica a amplas áreas do funcionamento. Exemplo: um universitário deprimido tira nota B em uma prova. Ele considera insatisfatório e super generalizado quando tem pensamentos automáticos como: “Estou com problemas nesta aula; estou ficando para trás em todas as áreas da minha vida; não consigo fazer nada direito”.
Maximização e minimização	Definição: a relevância de um atributo, evento ou sensação é exagerada ou minimizada. Exemplo: Uma mulher com transtorno de pânico começa a sentir tonturas durante o início de um ataque de pânico. Ela pensa: “Vou desmaiar; posso ter um ataque cardíaco ou um derrame”.
Personalização	Definição: eventos externos são associados a si próprio quando há pouco ou nenhum fundamento para isso. Assume-se responsabilidade excessiva ou culpa por eventos negativos. Exemplo: houve um revés econômico e um negócio anteriormente de sucesso passa por dificuldades para cumprir o orçamento anual. Pensa-se em fazer demissões. Uma série de fatores levou à crise no orçamento, mas um dos gerentes pensa: “É tudo culpa minha; eu deveria saber que isso iria acontecer e ter feito alguma coisa; falhei com todos na empresa”.
Pensamento absolutista (dicotômico ou do tipo tudo ou nada)	Definição: os julgamentos sobre si mesmo, as experiências pessoais ou com os outros são separados em duas categorias (p. ex., totalmente mau ou totalmente bom, fracasso total ou sucesso, cheio de defeitos ou completamente perfeito). Exemplo: David, um homem com depressão, compara-se com Ted, um amigo que parece ter um bom casamento e cujos filhos estão indo bem na escola. Embora o amigo seja muito feliz em sua casa, sua vida está longe do ideal. Ted tem problemas no trabalho, restrições financeiras e dores físicas, entre outras dificuldades. David está se envolvendo em pensamento absolutista quando diz para si mesmo: “Tudo vai bem para Ted; para mim, nada vai bem”.

Fonte: adaptado de Wright, Brown, Thase & Basco, 2019.

As camadas mais superficiais dos pensamentos automáticos são definidos por como matrizes ou regras fundamentais para o processamento de informações. Esses são princípios duradouros de pensamento que começam a tomar a forma no início da infância e são influenciados por uma infinidade de experiências de vida, incluindo os ensinamentos e modelos dos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências de seus pares,



os traumas e os sucessos (CLARK et al., 1999 e WRIGHT et al., 2014)

Por fim, Datillio (2004) diz que a finalidade da TCC é romper o ciclo disfuncional que aumenta as dificuldades do cliente. Para isso, há uma soma de técnicas capazes de reprogramar os pensamentos automáticos e, de modo consequente, diminuir significativamente o impacto da perversidade no humor e no comportamento. Dessa forma, a terapia cognitiva tem sido aplicada no tratamento de vários transtornos mentais com pacientes de diferentes graus de educação e renda, sendo similarmente vantajoso para as terapias de casal e famílias.

2.2. Psicanálise

Para Zimerman (2007), em 1897, quando Freud percebeu que a teoria do trauma era insuficiente para explicar tudo, ele propôs a divisão da mente em três áreas: o Consciente, o Pré-Consciente e o Inconsciente; sendo que o paradigma técnico passou a ser: “tornar consciente o que estiver no inconsciente”.

De acordo com o autor supracitado, anos depois, em 1923, à medida em que se aprofundava na dinâmica psíquica, Freud teve uma nova compreensão (segunda tópica) sobre a mente: que possuía distintas demandas, funções e proibições, quer provindas do consciente ou do inconsciente e assim interagem de forma permanente e sistemática entre si e com a realidade externa. Desta forma, concluiu que ela é composta pelas instâncias do id (pulsões), do ego (função mediadora) e do superego (valores morais). Diante disso, o novo paradigma técnico da psicanálise foi formulado por Freud como: “onde houver id (e superego), o ego deve estar”.

Segundo o entendimento de Zimerman (2007), em relação às funções do Ego (Atenção, Sensopercepção, Memória, Orientação, Consciência, Pensamento, Linguagem, Inteligência, Afeto e Cognição - ASMOCPLIAC), é importante se valorizar da forma como os pacientes as utilizam, de como se percebem e percebem os outros, como pensam, conhecem, discriminam, ajuízam criticamente, comunicam e agem. Assim, é sugerido que se proceda, na entrevista inicial de avaliação, um criterioso balanço entre as motivações e as condições do paciente para um tratamento psicanalítico. Com isso, é possível satisfazer as necessidades pulsionais; conflitos inconscientes podem ser resolvidos por meio de interpretações bem como a suplementação de funções do ego que porventura não tenham sido desenvolvidas.

Aos mecanismos de defesa que são muito conhecidos na prática e foram exaustivamente descritos nos trabalhos teóricos de psicanálise por Anna Freud (1961):



repressão, regressão, formação reativa, anulação, projeção, introjeção, isolamento, negação e racionalização e um décimo método, que pertence mais ao estudo da mente normal do que ao da neurose: a sublimação ou deslocamento dos anseios pulsionais.

Com exceção desse último, Gallardo (2020) entende que eles não são positivos para a saúde mental, já que não solucionam os conflitos internos, apenas bloqueiam a maneira com a qual um conflito deve ser resolvido. Para tanto, é possível trabalhar os seguintes aspectos: desenvolvimento de habilidades sociais, fomento da comunicação assertiva, psicoterapia para enfrentar melhor os problemas e desenvolver novas estratégias de enfrentamento.

Para contextualizar melhor esse entendimento, De Souza (2011) descreveu sucintamente definições sobre a neurose e a psicose. Em outras palavras, o autor diz que há um quadro de neurose quando o “Eu” não aceita um impulso instintivo e poderoso do Id ou contesta o objeto a que este visa. Assim, o Eu defende-se através do mecanismo da repressão. Ou seja, o Eu vê ameaçada e prejudicada por esse intruso a sua unidade e dá prosseguimento à luta contra o sintoma definido.

Na prática, de acordo com Zimerman (2007), a serviço do Ego ativam-se os mecanismos de defesa em forma de conflitos internos, que possam redundar em neurose, e praticamente sempre são inconscientes. Assim, esses mecanismos são representados por reações inconscientes que nos protegem dos conflitos entre o id e o superego, que buscam o equilíbrio psicológico entre o meio social e nossos processos mentais.

Semelhantemente a isso, De Souza (2011) definiu também o mecanismo das psicoses, quando ocorrem situações que apontam para um distúrbio na relação entre o Eu e o mundo exterior. Ou seja, a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior. Uma das formas de psicose são as esquizofrenias, que o autor diz possuir uma tendência de resultar no embotamento afetivo (na perda de todo interesse no mundo exterior).

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (DSM-V, p.87, 2013).

No entendimento de Etchegoyen (2003), Freud disse muitas vezes que a psicanálise é um método de psicoterapia e um instrumento de investigação científica, que coincide com o procedimento curativo, porque, à medida que alguém conhece a si mesmo, pode modificar

sua personalidade, isto é, curar-se. De fato, o grande achado de Freud consiste em que, descobrindo determinadas situações (traumas, recordações ou conflitos), os sintomas da doença modificam-se e a personalidade amplia-se e reorganiza-se.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo qualitativo que está inserido em um Projeto de Aperfeiçoamento Teórico-Prático (PATP) desenvolvido por alunos do quarto semestre do curso de Psicologia da Faculdade IDEAU de Bagé. O projeto busca, através do ensino teórico, um aprendizado prático, proporcionando dessa forma, a formação de profissionais alinhados com o mercado de trabalho e capazes de empreender com criatividade, confiança e responsabilidade.

Quanto ao aspecto formal da entrevista psicológica, foram utilizadas perguntas semi-estruturadas, baseadas na revisão das teorias estudadas relacionadas ao tema proposto, que serviram de suporte a esse trabalho e que podem contribuir significativamente com o diagnóstico, desenvolvendo assim os passos iniciais de uma psicoterapia, especialmente a respeito das funções do ego e dos respectivos mecanismos de defesa utilizados pelo paciente e das disfunções cognitivas, respeitando cada tipo de abordagem.

O objetivo inicial seria a realização de anamneses apenas no CAPS I, entretanto, devido às dificuldades encontradas, no que diz respeito à incompatibilidade de horários, pouca demanda direcionada ao grupo visto que os pacientes lá encontrados já estavam em tratamento. Com isso, descartou-se a possibilidade de entrevista inicial com estes sujeitos.

Sob estas informações foi apresentada ao grupo de trabalho uma nova possibilidade: a realização de entrevistas na RT de Bagé, que, por sua vez, foi de encontro à expectativa tanto do grupo acadêmico quanto ao que está previsto no PATP do atual semestre.

3.2 Participantes

Dentro do CAPS I foi possível realizar apenas 1 (uma) entrevista inicial com responsável por uma criança de 08 (oito) anos de idade, após ter concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após isso, diante das dificuldades já relatadas, a coordenadora do CAPS I indicou o grupo à RT para dar continuidade à realização das entrevistas. Posteriormente, a responsável legal dos conservados autorizou a prática, por intermédio da assinatura dos TCLE.

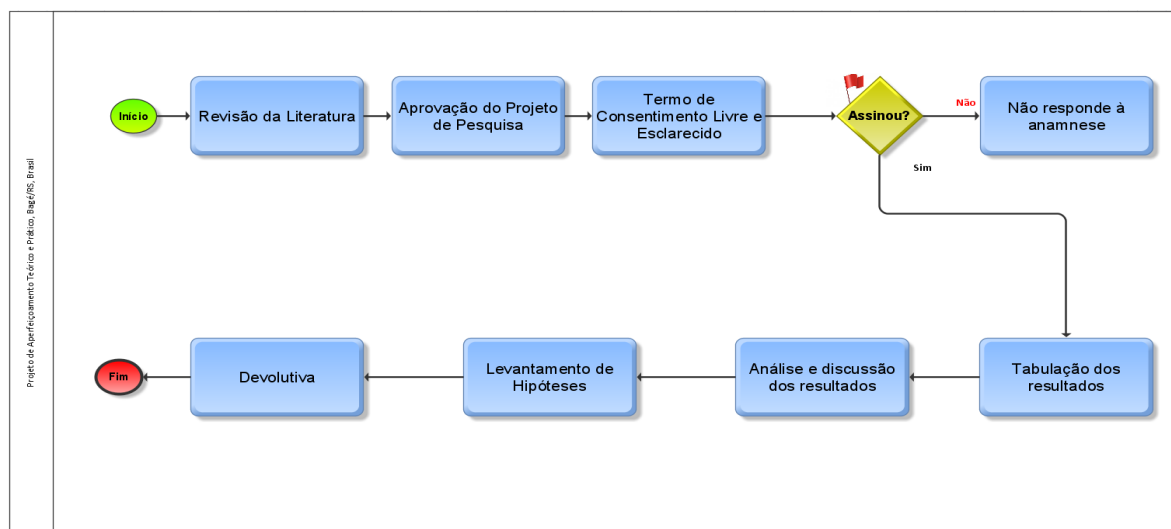
Na prática, entre os 10 (dez) pacientes existentes na RT, apenas 5 (cinco) tiveram condições psicológicas de participar, orientado pelo plantonista. Estes participantes estão na faixa etária de 30 a 66 anos de idade, sendo 03 (três) do sexo feminino e 02 (dois) do sexo masculino. Estes responderam a perguntas semiestruturadas (anamnese), no período de 18 de outubro a 11 de novembro de 2022.

3.3 Instrumentos

O questionário de anamnese semiestruturado tem como objetivo acolher o paciente e registrar sua história pregressa e suas queixas para contribuir com o seu tratamento. As entrevistas tiveram o enfoque nas seguintes questões: (a) configuração familiar e queixa inicial; (b) ocupação profissional; (c) uso de medicamentos; e, (d) aspectos observados. Após isso, os resultados foram reunidos, tabulados, discutidos, finalizando com a devolutiva à coordenadora do CAPS I e a elaboração das considerações finais.

Os procedimentos adotados estão melhores descritos na Fluxograma I - Procedimentos adotados, conforme disposto abaixo:

Fluxograma 1 – Procedimentos adotados



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos, analisados e discutidos, considerando as duas abordagens descritas no referencial teórico: TCC e Psicanálise. Dentro desse construto, foi possível analisar 6 (seis) entrevistas, cujo objetivo foi entender a dinâmica inconsciente familiar e a explicitação dos conteúdos latentes, a partir da descrição das principais queixas, como: as percepções sobre as funções do Ego, os mecanismos de defesa e as disfunções cognitivas.

A apresentação dos casos foi dividida em tópicos, que estão em consonância com os objetivos da pesquisa e no enfoque das entrevistas, para uma melhor explanação dos dados. Houve alterações digitais (quando necessárias), de modo que a identidade de cada indivíduo fosse preservada, principalmente a respeito dos nomes e aspectos da dinâmica familiar relatadas pelos participantes.

4.1. Resultados

Primeiro caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se de uma senhora “M.L.S.C.”, de 66 anos, que afirmou não saber sua própria idade, mas que foi relatada pelo profissional que estava de plantão na RT, conforme o seu prontuário. Informou que seus pais são falecidos e que é ex-moradora de rua. Além disso, a mesma espontaneamente relatou que não era casada mas possuía um ex-companheiro que a agredia constantemente e que seria usuário de drogas (álcool e crack). Quando perguntada se possuía filhos, disse que tem quatro filhos adultos e alguns netos, não precisando a quantidade exata.

A posteriori, o plantonista relatou que ela também utilizava drogas (não especificadas) e que foi encontrada pelos profissionais de segurança no meio do relento e sem os cuidados básicos e encaminhada ao CAPS. Em suma, a busca por ajuda não ocorreu, mas foi acolhida pela saúde pública.

b) ocupação profissional

Não soube responder por si. Posteriormente, a informação foi complementada pelo profissional supracitado, quando se constatou que esta é analfabeta e que nunca teve ocupação profissional.

c) uso de medicamentos

A senhora M.L.S.C. não sabia informar o motivo pelo qual estava residente. Sobre isso, o responsável informou que ela já possuía o diagnóstico de esquizofrenia. Portanto, fazia uso controlado dos seguintes medicamentos: Cinetol, Propranolol, Neozine, Risperidona, Fluorzenida.

d) aspectos observados

Sobre a paciente, observou-se sinais de desorientação, hiperatividade, pensamentos desordenados, indiferença frente aos problemas relatados e dificuldade na fala. Dentro do setting houve muita dificuldade de se obter dados básicos, porém, com o assessoramento do

profissional de plantão na RT, foi possível concluir a anamnese.

Segundo caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se do senhor D.Q.Q., de 41 anos, que não sabe informar sobre quem é seu pai, não tem relação conjugal e nem filhos. Quando perguntado sobre o que o levou a estar na RT ou a buscar ajuda, narrou que "*após ausentar-se do Exército, houve um momento em que surtei e fiquei nú na rua*", sendo internado diversas vezes, sendo aumentada a frequência do ocorrido depois de seu uso de drogas. Após esse ocorrido, a mãe pediu intervenção ao rapaz após ele ter que fugir de traficantes e até ser detido. Essas informações foram confirmadas com o profissional da RT.

b) ocupação profissional

Em seu relato diz ser graduado em Comunicação Social, no qual se orgulha muito. Afirmou ter servido ao Exército e ter trabalhado na Prefeitura de outro Estado no qual residiu. Relatou também ser Técnico em Enfermagem, mas esta informação não foi confirmada pelo plantonista da RT.

c) uso de medicamentos

Em 2010, D.Q.Q. foi diagnosticado com esquizofrenia, quando começou a utilização medicamentosa de *Fluoxetina, Risperidona, Diazepam e Haldol*.

d) aspectos observados

Durante a entrevista com o sujeito, se percebeu dificuldade na fala, desorientação e pouca assimilação da realidade. Quando foi perguntado sobre seu uso de drogas, o mesmo tentou mudar de assunto, começou a ficar agitado e saiu da sala.

Terceiro caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se da senhora A.P.F., de 30 anos, quando perguntado sobre os membros da família de origem e atual, não soube responder. Posteriormente, o plantonista relatou que ela tem histórico de prejuízos no aprendizado e que ele estudou somente até a antiga 4ª série. Além disso, a paciente espontaneamente declarou que era agredida pela irmã e que desejava voltar a estudar.

b) ocupação profissional

Não soube responder, mas o plantonista relatou que ela nunca teve ocupação profissional.



c) uso de medicamentos

Utiliza Risperidona, Carbamazepina, Diazepam, Amitriptilina e Combiron.

d) aspectos observados

Sinais de indiferença frente aos problemas relatados, dificuldade na fala e pensamentos incoerentes com a realidade. Dentro do setting houve muita dificuldade de se obter dados básicos, porém, com o assessoramento do profissional de plantão na RT, foi possível concluir a anamnese.

Quarto caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se de uma senhora R.R.O., de 44 anos, que afirmou ser casada e possuir 4 (quatro) filhos. Segundo o plantonista, ela é ex-moradora de rua por ter sido expulsa de casa pelos seus pais, em decorrência do abuso de drogas (cocaína, maconha, álcool e cigarro).

Além disso, o plantonista relatou que ela possui o vírus HIV - Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), no sangue.

A queixa espontânea da paciente foi a de estar infeliz na RT e sentir falta de seu companheiro.

b) ocupação profissional

O plantonista da RT relatou que a mesma nunca teve ocupação profissional, Sua única atividade seria juntar garrafas para revender no setor de reciclagem.

c) uso de medicamentos

A senhora R.R.O. não sabia informar o motivo pelo qual estava residente. Sobre isso, o responsável informou que faz o uso controlado dos seguintes medicamentos: Risperidona, Carbamazepina, Diazepam, Amitriptilina, Combiron, Sulfato ferroso, Ácido Acetilsalicílico (AAS)

d) aspectos observados

Apresentou comportamentos infantis, (como se houvesse regredido), dificuldades na fala e indiferença frente aos problemas relatados. Apesar das dificuldades encontradas no setting para se obter dados básicos, porém, com o assessoramento do profissional de plantão na RT, foi possível concluir a anamnese.

Quinto caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se do relato da mãe de uma menina N.V.M.V., de 8 (oito) anos de idade,

estudante do segundo ano. Não relatou sobre o pai, mas declarou que mora com sua mãe e uma amiga da mesma.

A principal queixa se refere à dificuldade de aprendizado e humor deprimido. Geralmente ocorre alteração no humor quando há situações de violência. Apresenta pensamentos suicidas e prejuízos no sono.

A mãe de N.V.M.V. acredita que os problemas são decorrentes de traumas de perda da avó e de duas irmãs. Apesar de aparentar não ter relação com esses traumas, alega ficar triste quando se refere especialmente à avó e a seu pai.

b) ocupação profissional

De acordo com sua idade, ainda não trabalha, mas pensa em ser policial.

c) uso de medicamentos

Não utiliza medicamentos até o momento.

d) aspectos observados

A N.V.M.V. aparenta ser uma criança saudável, que gosta de brincar e sair. Entretanto, ao analisar os relatos da mãe, observou-se que há pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais.

Outra questão que se evidenciou foi a falta de maiores informações sobre seu pai.

Sexto caso:

a) configuração familiar e queixa inicial

Trata-se de um senhor J.C.S.R., de 41 anos, que também não sabia sua idade, mas foi confirmada pelo plantão na RT, segundo o seu prontuário. Quando perguntado sobre os membros da família de origem e atual, não soube responder e demonstrou-se desorientado e com prejuízo na memória.

Posteriormente, o plantonista relatou que ele tem histórico desde a infância de prejuízos de raciocínio e que ele estudou até a antiga 4ª série.

O paciente alegou que se sente abandonado e que sente necessidade de alguém orientá-lo.

b) ocupação profissional

Apesar do relato do paciente, que afirmou ter tido diversas ocupações profissionais (desde pedreiro, jogador de futebol, artista, cantor, cozinheiro a outros diversos), como se estivesse tendo delírios, o profissional plantonista retificou que este nunca teve ocupação profissional.

c) uso de medicamentos

O senhor J.C.S.R. não sabia informar o motivo pelo qual estava residente. Sobre isso, o responsável informou que faz o uso controlado dos seguintes medicamentos: Clorpromazina, biperideno, Felissa, Risperidona e Fluorzenida.

d) aspectos observados

Sobre o paciente, observou-se sinais de dentição precária, falas enroladas e delirantes, indiferença diante dos problemas relatados, dificuldades de raciocínio, esquecimento e desorientação. Dentro do setting houve muita dificuldade de se obter dados básicos, porém, com o assessoramento do profissional de plantão na RT, foi possível concluir a anamnese.

4.1. Discussão

Ao analisar as principais questões apresentadas nas entrevistas, foi possível perceber a contribuição para a discussão e as percepções iniciais de cada caso, apesar das limitações existentes sobre o quadro clínico de terceiros, de acordo com os dados evidenciados nos casos acima,

Nesse contexto, dentro da abordagem psicanalítica, especialmente sobre as funções do Ego e os mecanismos de defesa, foi notória a observação sobre como os participantes se percebem e percebem os outros, como pensam, conhecem, discriminam, ajuízam criticamente, comunicam e agem. Portanto, foi possível perceber algumas dificuldades evidenciadas acima, baseadas no entendimento de Zimerman(2007), conforme expostos abaixo:

Tabela 1 – Percepções sobre as Funções do Ego (ASMOCPLICAC)

Variável	Positivas	Negativas	Nº de percepções não observadas	Caso
Atenção	0	0	6	nenhum
Memória	0	1	5	sexto
Orientação	0	4	2	exceto o quarto e quinto
Sensopercepção	0	0	6	nenhum
Consciência	5	0	1	exceto o quinto
Pensamento	2	0	4	terceiro e segundo

Linguagem	1	5	0	exceto o quinto
Inteligência	0	0	6	nenhum
Afeto	0	5	1	exceto o quinto
Conação	0	5	1	exceto o quinto

Fonte: Bauer, Júnior, Leal e Silveira, 2022.

Além disso, alguns participantes evidenciaram, segundo seus relatos, alguns mecanismos de defesa, assim como Tavares (2000) salientou sobre o entrevistador deve ser capaz de reconhecer tais mecanismos de defesas e modos de estruturação cognitiva do paciente, especialmente as da relação com o entrevistador (transferência), conforme exposto na Tabela 2:

Tabela 2 – Mecanismos de defesa evidenciados

Variável	Nº de respostas	%	Caso
Repressão	1	16,7	quarto
Regressão	5	83,5	Exceto o quinto
Formação Reativa	0	0	Não observado
Anulação	0	0	Não observado
Projeção	0	0	Não observado
Introjeção	0	0	Não observado
Isolamento	0	0	Não observado
Negação	0	0	Não observado
Racionalização	0	0	Não observado
Sublimação	0	0	Não observado

Fonte: Bauer, Júnior, Leal e Silveira, 2022.

Com isso, foi possível inferir que a saúde mental desses sujeitos encontra-se

possivelmente comprometida para a manutenção da qualidade de vida, especialmente na relação intrapessoal.

Nessa esteira, as principais queixas e relatos dos participantes ou dos responsáveis legais dos participantes também foram destacadas na Tabela 3, conforme o que segue:

Tabela 3 - principais queixas

Variável	Nº de respostas	%	Caso
Abandono	2	33,4	Quarto e quinto
Tristeza	1	16,7	Quarto e quinto
Esquecimento	5	83,5	Exceto o quinto caso
Surtos	1	16,7	Segundo
Uso de drogas	3	50,1	Primeiro, segundo e quarto
Violência/Agressão	1	16,7	Terceiro

Fonte: Bauer, Júnior, Leal e Silveira, 2022.

Dentro da abordagem da TCC e segundo o conceito de Beck (1999), no que diz respeito às disfunções cognitivas, não houve possibilidade de avaliar adequadamente a execução plena das funções dos mesmos, devido às condições mentais que já apresentam comprometimentos notórios na fala, memória e consciência, conforme exposto na Tabela 1, o que já sugere prejuízos que necessitam ser avaliados.

4.2. Hipóteses

Após a análise dos resultados apresentados até o momento, que sugeriram algumas hipóteses, em conformidade com o referencial teórico, buscou-se informações mais detalhadas da relação entre o uso de alguns medicamentos e psicopatologias dentro do aspecto psicológico de cada participante. Para tanto, considerou-se as evidências relacionadas às bulas de cada medicamento. Com isso, foram discutidas as possibilidades de levar em consideração que há algum psicodiagnóstico preexistente em alguns casos relatados. Essa análise está disposta no Quadro 2 a seguir:

Tal estudo se baseou na história pregressa de vida e de tratamento anterior de cada paciente, confirmando o que Wright et al. (2019) afirmaram sobre a importância desses

aspectos, que realmente forneceram pistas importantes e significativas sobre cada quadro clínico e permitiram inferir as seguintes questões:

Quadro 2 – Hipóteses

Medicamentos	Indicações/hipóteses	Caso
Cinetol	Síndrome parkinsoniana, controle sintomas de rigidez e tremor; sintomas extrapiramidais como distonias agudas (espasmos musculares prolongados), acatisia (inquietação) e síndromes parkinsonianas induzidas por Neurolépticos (medicamentos que suprimem movimentos espontâneos) e outros fármacos similares.	Primeiro
Propranolol	Hipertensão, Angina pectoris, Arritmias, Enxaqueca, Tremor, Ansiedade, Taquicardia por ansiedade, Tireotoxicose, Cardiomiopatia e Feocromocitoma	Primeiro
Neozine	sedação e melhora de quadros mentais, como por exemplo, a ansiedade em pacientes psicóticos e na terapia adjuvante para o alívio do delírio, agitação, inquietação, confusão, associados com a dor em pacientes terminais.	Primeiro
Flurzenida	Hipertensão arterial.	Primeiro
Fluoxetina	Cloridrato de Fluoxetina é indicado para o tratamento da depressão, associada ou não a ansiedade, da bulimia nervosa, do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade e disforia.	Segundo
Risperidona	Esquizofrenia	Primeiro, segundo, terceiro, quarto
Diazepam	Esse é um medicamento ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos, administrado via oral ou por injeção. Ele é usado principalmente contra convulsões provocadas por certas condições ou transtornos de ansiedade.	Segundo, terceiro, quarto
Haloperidol	Conhecido como Haldol, é indicado como alívio para transtornos do pensamento, de afeto e de comportamento, como: agitação psicomotora, ouvir ou ver ou sentir algo que não está presente (alucinação), acreditar em ideias que não correspondem à realidade (delírios) e confusão.	Segundo
Carbamazepina	Epilepsia: crises parciais complexas ou simples e crises tônico-clônicas generalizadas, síndrome de abstinência alcoólica e diabetes insípida central.	Terceiro, quarto
Amitriptilina	Depressão e enurese noturna.	Terceiro, quarto
Combiron	Combiron é indicado nas correções das anemias ferroprivas (por falta de ferro) e das provocadas por distúrbios nutricionais e anemias medicamentosas. Esse medicamento é destinado à	Terceiro, quarto

	prevenção e ao tratamento das anemias que ocorrem na infância, na adolescência, na vida adulta e senil (idosos), além dos quadros de anemia gestacional (durante a gravidez), puerperal (pós-parto) e no período de lactação (amamentação).	
Lamivudina	A lamivudina é um potente inibidor seletivo da replicação de HIV-1 e HIV-2 in vitro. É também ativa contra isolados clínicos de HIV resistentes à zidovudina. A lamivudina é metabolizada intracelularmente ao 5'-trifosfato, a molécula ativa, cuja meia-vida intracelular é de 16-19 horas.	Quarto
Zidovudina	A zidovudina, também conhecida como AZT, é um medicamento antiviral, análogo de nucleosídeo (timidina) inibidor da transcriptase reversa com ação sobre alguns retrovírus, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A ação se inicia cerca de uma hora após a administração.	Quarto
Sulfato Ferroso	Suplementação de ferro.	quarto
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	Para o alívio sintomático da cefaleia, odontalgia, dor de garganta relacionada a resfriados, dismenorreia, mialgia ou artralgia, lombalgia e dor artrítica de pequena intensidade.	Quarto
Atenolol	Controle de hipertensão arterial.	Quarto
Captopril	O captopril é indicado para tratar pacientes com: hipertensão; insuficiência cardíaca congestiva (usado com outros medicamentos diuréticos e digitálicos); infarto do miocárdio; nefropatia diabética (doença renal causada por diabetes).	Quarto
Clorpromazina	Antipsicótico.	Sexto
Biperideno	O biperideno é indicado para tratamento do Parkinsonismo e das reações adversas extrapiramidais induzidas pelos neurolépticos e outras drogas que bloqueiam os receptores de dopamina nos gânglios da base e também criam uma deficiência funcional de dopamina.	Sexto
Felissa	Transtorno do pânico (com ou sem agorafobia), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social e transtorno obsessivo compulsivo.	Sexto

Fonte: bula de medicamentos

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo evidenciou, pela qualidade dos resultados, a eficiência da anamnese na verificação dos indícios de diversas psicopatologias, contribuindo para o processo de tratamento adequado e visando uma melhor qualidade de vida dentro de diversos contextos sociais de cada paciente.

Com isso, denota-se que as entrevistas realizadas com os participantes deste estudo contribuíram significativamente com o psicodiagnóstico, no entanto, não esgota essa



temática e tampouco se define algum transtorno mental. Por isso, cabem ainda novos estudos e outras formas para se obter maior alcance de resultados, principalmente no que diz respeito à forma tratamento e do tipo de abordagem, respeitando as particularidades de cada sujeito.

Em relação à devolutiva, foi realizada diretamente à coordenadora do CAPS I e à coordenadora da RT. Por outro lado, não houve entrevistas de devolução aos pacientes, visto que 100% deles não possuem condições mentais de responder por si mesmos, seja por comprometimento psicopatológico ou por falta de maturação neural.

Sobre o tema exposto, espera-se que este estudo possa agregar com o conhecimento científico, além de evidenciar que a prática do conhecimento teórico, o domínio de técnicas e de instrumentos para a coleta de dados são indispensáveis tanto para a formação do psicólogo, quanto para o sucesso do tratamento dos pacientes que se sentiram devidamente acolhidos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANASTASI, A. & URBINA, S.. Testagem Psicológica. Artes Médicas. Porto Alegre, 2000.

BECK, Judith S. Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Judith S. Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática. 3ª edição. Grupo A, 2022. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820260/>. Acesso em: 21 out. 2022.

DE SOUZA, P. C. Sigmund Freud: Neurose e psicose. In: Obras Completas Volume 16. O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925). Companhia das Letras, 2011. (p. 158 a 164). Disponível em: https://drive.google.com/file/d/19vX7oZS_SgL2cjhHsU-30tCZJVSxHI/view?usp=sharing Acesso em: 15 out. 2022.

DSM-V, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (AAP), 2013. p. 87.

ETCHEGOYEN, Horacio. Fundamentos da Técnica Psicanalítica. [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2003. E-book. ISBN 9788536312262. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536312262/>. Acesso em: 19 out. 2022.

FERRAZ, Flávio Carvalho. As entrevistas iniciais e a escolha da técnica. Rev. bras. psicanálise, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 48-56, dez. 2012. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/104xC4256wKGF2MKAw-D3ZC35kyBSM-F5/view?usp=sharing> Acesso em: 19 out. 2022.

FREUD, A., & Carcamo, C. E. (1961). El yo y los mecanismos de defensa (Vol. 3). Barcelona: Paidós.

FREUD, S. (1980). Sobre o início do tratamento. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).

GALLARDO, C. P.. Mecanismos de defesa para Anna Freud: tipos e exemplos. 2020. Disponível em: <https://br.psicologia-online.com/mecanismos-de-defesa-para-anna-freud-tipos-e-exemplos-46.html>. Acesso em: 22 outubro de 2022.

OLIVEIRA, Rui Aragão. O funcionamento perverso da mente. Revista brasileira de psicanálise, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 154-161, jun. 2008. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1IENaa993oKVlPhOfwOjs3wSHdZhXKSOL/view?usp=sharing> Acesso em 24 de outubro de 2022.

LOBO, Silvia. Revista Brasileira de Psicanálise. As condições de surgimento da “Mãe suficientemente boa”. Volume 42,n.4,67-74-200867 1. Jardim Paulista SP, 2008.

MENDES, Lorena; NAKANO, Tatiana; SAMPAIO, Maria; SILVA, Izabella. Conceitos de avaliação psicológica: conhecimento de estudantes e profissionais. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

NETO, Luciano Franzim. A importância e benefícios da Avaliação Psicológica. Disponível em:< https://www.vetoreditoria.com.br/noticia_detalhe.asp, 2020. Acesso em: 21 out. 2022.

OLIVEIRA, K. L. et al., Utilização de técnicas e instrumentos psicológicos: uma pesquisa com estagiários de clínica



comportamental. Porto Alegre: Psico- PUC-RS, 2003.

RIBEIRO, Diana Pancini de Sá Antunes; TACHIBANA, Miriam; AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. Aletheia, n. 28, p. 135-145, 2008.

SAFRA, G.. Investigação em psicanálise na universidade. Psicologia USP, São Paulo, 2001.

SOUZA, Isabel Cristina Weiss de; CÂNDIDO, Carolina Ferreira Guarnieri. Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: considerações atuais. Revista brasileira de terapias cognitivas, v. 5, n. 2, p. 82-93, 2009.

TANIS, Bernardo. O infantil na psicanálise: Memória e temporalidades. [Digite o Local da Editora]: Editora Blucher, 2021. E-book. ISBN 9786555062632. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555062632/>. Acesso em: 19 out. 2022.

TAVARES, Marcelo. A entrevista clínica. Psicodiagnóstico, v. 5, p. 45-56, 2000.

Winnicott, D.W. (1956). Preocupação materna primária. Em: D.W. Winnicott (1993), Textos selecionados: da pediatria à psicanálise (J. Russo, Trad.).

WRIGHT, J.H. et al., Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: um guia ilustrado. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

ZIMERMANN, David E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 2007.