

Ana Luiza S. Fanganiello

Psicodrama, psicoterapia breve e obesidade mórbida
Estudo de caso

Monografia de conclusão de curso de formação em Psicodrama

do convênio SOPSP – PUC-SP .

Orientador: Pedro Mascarenhas

Co-Orientador: Arthur Kaufman

Sociedade de Psicodrama de São Paulo - SOPSP

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC - SP /COGEAE

2011

Dedico esta monografia a minhas avós, Gia e Olga,
que me ensinaram a não desistir das coisas em que acredito.

Primeiramente agradeço aos meus pais, Carmo e Carmen, que me dão força, apoio e segurança. E estão ao meu lado incondicionalmente, desempenhando um papel fundamental na minha vida - que é o de me fornecer modelos a serem seguidos.

A meu irmão, Rafael, que me ajuda a pensar na vida de outra forma, principalmente quando estou presa em um mesmo lugar.

Aos meus tios e primos, que torcem por mim sempre.

Ao meu tio Mauro, em especial, o qual, com toda a paciência e gentileza que lhe são peculiares, me ajudou a escrever melhor meu trabalho.

Às minhas amigas, presentes nos momentos alegres e tristes, que me suportam até nas horas mais chatas da vida.

A minha Professora Cristina Rosental, que está sempre por perto mesmo quando está longe.

Ao meu Orientador, Pedro Mascarenhas, que me fez buscar o melhor do meu trabalho.

A minha Supervisora, Cristine Massoni, que me ajudou inclusive a achar o tema da monografia.

A minha terapeuta, que me ajuda a trabalhar minhas angústias e me cedeu textos fundamentais para o trabalho.

A Rosa Cukier, que escreveu o livro *Palavras de J.L Moreno*, facilitando minha vida acadêmica.

Ao meu Chefe, Arthur Kaufman, que viabilizou este trabalho no programa denominado PRATO – e me ajudou a encontrar a paciente que foi objeto do estudo.

Aos meus professores do curso de pós-graduação, que disponibilizaram seu tempo para minha formação.

A Izilda Gaeta Yokoyama, que me entendeu e ajudou em muitos momentos e, junto com Heloisa, contribuem para que meus dias na SOPSP sejam mais agradáveis.

RESUMO

Este trabalho associa questões sobre psicoterapia breve inserida no psicodrama com um estudo de caso clínico de obesidade, dentro do Programa de Atendimento ao Obeso (PRATO) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Procura analisar um atendimento clínico individual, a partir da teoria psicodramática casada com a psicoterapia breve. O foco, o objetivo e o tempo de término do processo são os eixos de discussão deste trabalho.

A partir do relato clínico, faz-se uma análise à luz da psicoterapia breve e do psicodrama, correlacionados. Estuda-se Eduardo Ferreira Santos, o autor psicodramatista que primeiro abordou a sua relação com a psicoterapia breve. Outros autores da psicoterapia breve e do psicodrama também são estudados.

Palavras-chave: obesidade, psicoterapia breve, psicodrama.

Sumário

1. Introdução.....	6
2. Justificativa do trabalho.....	9
3. Objetivo.....	9
4. Capítulos teóricos	
4.1. Psicodrama.....	9
4.2.Psicoterapia breve.....	24
4.3 Obesidade mórbida.....	31
5. Método/metodologia.....	33
5.1 Participantes.....	36
5.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	36
5.3 Procedimentos de análise dos dados.....	37
6 Cuidados éticos.....	38
7. Apresentação e discussão do caso.....	38
8. Conclusão.....	47
9. Bibliografia.....	51
10.Anexos.....	53

1. Introdução

Como me aproximei do psicodrama

Minha história com o psicodrama começa no terceiro ano da faculdade de Psicologia, quando iniciei um trabalho de prevenção e detecção de DST-AIDS em um Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), em Pinheiros, na cidade de São Paulo, SP, Brasil. Muitas pacientes eram profissionais do sexo que trabalhavam na região. Elas apresentavam demanda de escuta maior do que a permitida pelo tempo de cada atendimento. Isso me deixou com vontade de fazer um estudo voltado para esse público, mas não havia para esse fim nenhum trabalho previsto adequado na grade curricular da faculdade PUC-SP; também não havia um espaço garantido para um encontro.

Com a ajuda da Professora Renata Paparelli, consegui abertura para meu estágio na faculdade, mas ainda me faltava um lugar para os encontros. Como ainda atendia pelo COAS, um dia atendi a dona de um bordel que ficava no largo de Pinheiros, e contei para ela meu projeto de fazer atendimentos com profissionais do sexo e pensar a relação do trabalho com o impacto na saúde dessas trabalhadoras; a princípio, o objetivo do projeto era apenas levantar a demanda. Mas ela me surpreendeu, propondo que, se não estivesse achando lugar para realizar esses encontros, que os realizasse no bordel dela. Fiquei contente e encaminhei os respectivos documentos para a Professora aprovar o estágio, porém ela não aceitou de pronto a idéia, dizendo que eu somente deveria ir ao bordel com pelo menos mais uma pessoa, que só aceitaria o trabalho se fosse feito em dupla, que tinha medo de que acontecesse algo comigo. Mais uma vez, tive de buscar gente para fazer o estágio comigo e essa foi uma parte difícil, pois ninguém queria ir para o Largo da Batata trabalhar com profissionais do sexo. Encontrei então Maria, uma colega de turma, que se dispôs a começar o trabalho comigo. Assim, começamos os grupos.

Adriana (nome fictício), que era a dona do bordel e chamada de cafetina entre as profissionais do sexo, tinha me dito que poderia “arrumar” até dez profissionais do sexo para compor nosso grupo. No primeiro encontro, porém, havia apenas cinco. No segundo, percebemos um movimento de idas e vindas: cada uma chegava, contava sua história e saía, posteriormente voltava, contava mais alguma coisa e saía novamente; para dizer o mínimo, isso foi

incômodo. Havia ainda uma orientação psicanalítica e pensamos em formas estratégicas de grupo operativo para lidar com a questão. Isso também não funcionou.

Foi então que descobri que um autor muito conhecido – J. L. Moreno – havia trabalhado com um grupo de prostitutas na cidade de Viena, especificamente na rua “am Spittelberg”, famosa por causa da prostituição. Isso me chamou a atenção e me despertou o interesse pelo assunto. Passei a pesquisar a bibliografia na área. Descobri também o psicodrama e me inscrevi na faculdade em um núcleo específico de psicodrama e trabalhos com grupos.

Comecei a atender grupos no Hospital das Clínicas, na área de Psiquiatria. Fui me aprofundando no assunto e cada vez mais gostando da forma de trabalho. Ao final do quinto ano de faculdade, comecei a trabalhar também com grupo em dor crônica, também com psicodrama, e aos poucos foi fazendo mais sentido, no meu trabalho com grupo, ter outro olhar para as construções e desconstruções grupais. Nesse trabalho havia necessidade de preservar o grupo em alguns momentos e de desconstruir o mesmo grupo, para que assim ele funcionasse. Desconstruir o grupo é manter uma rotatividade de participantes. Manter o conflito grupal significa não deixar que o conflito entre os participantes fosse perdido, mas sim resolvido dentro do grupo - mesmo que em alguns momentos isto causasse um desconforto tanto para os pacientes como para a terapeuta – para que assim ele pudesse se movimentar – e criar novas formas de os participantes se colocarem no mundo, sem que a doença interferisse no seu ser e estar.

Elaborei meu trabalho de conclusão de curso com a abordagem psicodramática sobre a auto-imagem das profissionais do sexo travestis. Formei-me e procurei um curso de pós-graduação que me desse subsídio para a prática profissional. Imaginei que o COGEAE, da PUC, seria um bom lugar para continuar meus estudos. Logo que entrei, fui convidada pela Professora Marcia Baptista para ser auxiliar de aula do núcleo de psicodrama da PUC. Aceitei, mas isso provocou falta de tempo para continuar os grupos no Hospital das Clínicas; então resolvi me dedicar somente a um deles, Dor Crônica, e ao meu consultório.

Surgiu nesse tempo uma oportunidade de trabalhar com pacientes obesos com o psicodramatista Arthur Kaufman, também no Hospital das Clínicas. Saí do grupo da Dor Crônica e aceitei o desafio de mudar minha área de atuação.

No Programa de Atendimento ao Obeso (PRATO), no Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP, trabalhei com atendimento individual e de grupo, ambos com linha psicodramática, mas com caráter de terapia breve.

O trabalho com a obesidade me desafiou a tal ponto, que resolvi que minha monografia deveria tratar desse tema. Nele, por meio de alguns relatos de atendimentos a uma paciente individual, pretendi fazer uma análise da efetividade do trabalho de psicoterapia breve unida ao psicodrama.

Os atendimentos foram realizados no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas; tinham duração de 50 minutos e foram realizados 30 encontros. Esse número é maior do que o proposto na terapia breve, que ressalta de 10 a 12 atendimentos, porém as características de foco e tempo determinado estiveram sempre presentes nos atendimentos. O pré-estabelecimento do final dos atendimentos definido durante o contrato com a paciente: no início eram 20 atendimentos, os quais foram recontratados e passaram para 30.

Durante os atendimentos, foram utilizadas técnicas psicodramáticas como “linha do tempo” e “átomo social”, bem como dramatizações, porém, sempre com o foco determinado no sofrimento que levava a paciente a buscar terapia: a obesidade mórbida. Com os instrumentos utilizados para reconhecer o mundo externo (linha do tempo e átomo social) e instrumentos para reconhecer o mundo interno (dramatizações sobre fatos trazidos), montei uma linha a ser seguida, como será mais bem descrito durante o relato do caso. O foco de trabalho com essa paciente não estava propriamente na ingestão excessiva de comida (uma de suas queixas), como à primeira vista se poderia imaginar, mas nos limites que ela colocava para o outro e para si. Esse fato será discutido ao longo de trabalho, especificamente no capítulo de apresentação do caso e principalmente no capítulo de discussão e resultados. A partir do trabalho com esses limites, a paciente foi encontrando novos caminhos e tendo uma atitude mais espontânea em suas relações, primeiro com as pessoas e posteriormente com a comida.

É o resultado desta intervenção com esta paciente que apresento nesta monografia, acreditando que ele possa estimular outras pessoas a realizarem trabalhos semelhantes.

2. Justificativa do trabalho

Pouco se escreveu sobre a relação entre psicoterapia breve e psicodrama, menos ainda sobre o foco da obesidade mórbida nessa área. A relevância do trabalho se traduz nas possibilidades de intervenção direta focada na obesidade mórbida. Quando uma pessoa procura tratamento para essa doença, normalmente ela se encontra em um momento de crise. Assim, é recomendável uma intervenção de curto prazo e efetiva.

3. Objetivo

O objetivo desta pesquisa foi o de verificar a efetividade de um atendimento em psicoterapia breve/psicodramática no tratamento e evolução de um caso de paciente portadora de obesidade mórbida. Além disso, a pesquisa visa verificar a possibilidade de articular psicodrama/psicoterapia breve, tendo a obesidade como pano de fundo para esta discussão.

4. Capítulos teóricos

4.1 PSICODRAMA

O Psicodrama é um referencial teórico da Psicologia que tem como objetivo desenvolver e trabalhar a espontaneidade por meio da ação. A palavra drama, em grego, significa ação ou coisa feita (...) O Psicodrama pode ser definido como a “ciência que explora a “verdade” por método dramático” (Moreno, 1997:17). A “verdade” proposta a ser estudada por Moreno seria a realidade subjetiva de cada um, a busca pela “verdade” interna do sujeito.

Atualmente o Psicodrama é utilizado em vários contextos, sendo um deles o do método de pesquisa. Há muitas nomenclaturas e maneiras de desenvolver e atuar psicodramaticamente, entre elas psicodrama terapêutico, confessional, sociodrama, axiodrama, desempenho de papéis ou *role playing* e psicodrama analítico. A postura que subsidia esta pesquisa é a Socionomia,

mais especificamente o psicodrama com foco psicoterápico, que J. L. Moreno chamou de confessional ou “psicodrama do tipo confessional”. Segundo Moreno, o psicodrama confessional é aquele em que “as pessoas presentes foram encorajadas a passar ao ato seus próprios problemas” (Moreno 1999: 382). O que diferencia o psicodrama confessional das outras formas de psicodrama é sua característica de lidar com os grupos. Ele se dispõe a trabalhar com questões específicas trazidas pelo grupo, e em todos os atos psicodramáticos o objetivo é encorajar o sujeito a transformar em atos dramáticos seus problemas. No psicodrama confessional, isso acontece de maneira específica e ativa. O psicodrama contém técnicas que facilitam a ação, mas o que rege o trabalho psicodramático é a Socionomia.

Moreno criou a Socionomia como sendo a ciência das leis sociais (Moreno,1999:33) ou, nas palavras de Arthur Kaufman, “A Socionomia pesquisa o comportamento humano em seus aspectos intra e inter individuais” (Kaufman,1992:57). Penso que podemos dizer que à Socionomia cabe reconhecer e estudar as relações humanas. Segundo J. L. Moreno, dentro da Socionomia há três grandes grupos de estudo: a Sociatria, a Sociometria e a Sociodinâmica. Dentro de cada um desses grupos, há outras subdivisões. A Sociometria contém os testes sociométricos. “A Sociometria é o estudo da estrutura psicológica real da sociedade humana (...) consiste em complexos padrões interpessoais que são estudados por métodos quantitativos e qualitativos.” (Moreno 1975:298)

A Sociatria inclui a psicoterapia de grupo, o psicodrama e o sociodrama. A “Sociatria é a Sociometria aplicada” (Moreno 1975: 374). A Sociatria “é a ciência do tratamento dos sistemas sociais” (Moreno 1999:33). Já a Sociodinâmica inclui a interpretação de papéis e o *role playing*. A Sociodinâmica é o “elo entre as duas, na medida em que faz a passagem do que foi estruturalmente detectado pela Sociometria, conduzindo a Sociatria” (Kaufman, 1992:58) ou, segundo Moreno, “Sociodinâmica é a ciência das estruturas dos grupos sociais” (Moreno 1999: 33).

Feita essa apresentação do que penso ser o psicodrama, neste trabalho, passo a discutir alguns conceitos gerais importantes do psicodrama desenvolvidos nessa abordagem, como: Foco e zona, Transferência, Co-

inconsciente, Tele, Empatia, Espontaneidade, Dramatização, Aquecimento, Criatividade, Conserva Cultural. Da mesma maneira, apresento técnicas, estratégias e conceitos específicos utilizados nesta pesquisa, como: átomo social, linha da vida, inversão de papéis e tomada de papel do outro, *role playing, taking e creating*.

Foco e zona

O livro *Psicodrama*, de J. L. Moreno, tem uma pequena passagem sobre o que seria o foco na teoria psicodramática. Essa definição encontra-se na discussão feita por Moreno sobre aquecimento preparatório e matriz de identidade, onde ele exemplifica a questão do foco na relação entre o seio materno e a boca do bebê. Quando o bebê se alimenta, está disponível apenas para esse ato, “não se registra mudança alguma em seu foco no ato de alimentar, (ele) não interrompe nem abrandando o ritmo, não muda a sua atenção visual” (Moreno;1975,112), o bebê foca seu ritmo de amamentação e é só a ela que se dedica.

Ampliando esse conceito, Moreno diz que o foco deve ser “uma atividade, num momento dado, exclui toda e qualquer outra atividade; um foco exclui todo e qualquer outro foco” (Moreno;1975,112); a relação do foco com a alimentação é ampliada. O foco do bebê está nas atividades que ele esteja executando.

“A criança procede seu aquecimento preparatório exclusivamente para a execução de tarefas em situação imediata. Ela vive o tempo imediato” (Moreno;1975,112). Sendo assim, o foco no psicodrama está relacionado à fase primária da matriz e se destina à relação mãe-bebê. Há uma busca por exercer a atividade com começo meio e fim, sem que atividades externas interfiram na execução.

Para compreender melhor o conceito de foco moreniano, deve-se levar em conta o conceito de zona. O foco está contido na zona e “zona é o espaço focal de seu iniciador físico” (Menegazzo;1992 ;221). A zona seria o seio materno e a boca do filho, para o foco ser a ação. Quando trazemos isto para a prática psicodramática, a zona passa a ser o lugar preparado para que o encontro de integração aconteça: “preparamos a zona utilizando inversão de

papéis e a realidade suplementar” (Menegazzo;1992 ;222); a zona é a preparação, o aquecimento para a ação; “trabalhamos no foco para conseguir os choques e os encontros integradores” (Menegazzo;1992 ;222); o foco está na busca pela catarse de integração.

Transferência/Tele

Para Moreno, “a transferência é o desenvolvimento de fantasias (inconscientes) que o paciente projeta no terapeuta” (Moreno1997: 35). Todas as relações em que existam duas pessoas terão projeções e transferências. Porém, prevendo isso, Moreno também cita que há dentro da relação um espaço onde aconteceria a tele, “a mútua percepção íntima dos indivíduos, o cimento que mantém os grupos unidos” (Moreno 1997: 36).

Moreno marca bastante sua posição de confronto à teoria freudiana, que na sua época era muito importante para distinguir e criar novas formas de olhar o ser humano. Para manter sua posição contrária à teoria da psicanálise, que era a mais visada e presente, Moreno coloca a transferência como algo muito mais do terapeuta, que da relação paciente-terapeuta.

“As dificuldades da “transferência” não são sempre parte da neurose do paciente, originam-se, frequentemente, da incapacidade do terapeuta de responder as exigências que lhe são propostas” (Moreno 1997; 77)

Essa afirmação está diretamente envolvida na relação terapeuta-paciente. Já sobre a relação paciente-terapeuta, ou seja, o papel que o terapeuta representa para o paciente, Moreno destaca que a:

“transferência não acontece em direção de uma pessoa em geral ou de uma Gestalt vaga, mas sim em direção de um “papel” que o terapeuta representa para o paciente: papel maternal, paternal, papel de um homem culto que sabe tudo, de amante, de cavalheiro, de indivíduo perfeitamente ajustado, de modelo de homem etc.” (Moreno 1999:22)

A tele é uma forma de encontro entre paciente e terapeuta, mas não se restringe a esse tipo de relação. Ela está presente em todas as relações

humanas. E a ela é atribuído o encargo de tornar as relações mais saudáveis, ou seja, é nela que o olhar do outro estaria livre de fantasias; então o outro seria visto como ele é. Seria, dessa forma, algo anterior à transferência, algo primário ao indivíduo; já a transferência seria secundária a ele. “Após a dissipação da transferência, continuam operando certas condições tele. A tele estimula parcerias estáveis e relações permanentes” (Moreno, 1997:36). Com isso, a tele deveria ser a relação limpa de mediações da fantasia criada pelo indivíduo.

Atualmente, porém, alguns autores psicodramatistas já abrem caminho para discussões mais aprofundadas sobre esse assunto, já buscam melhor relação entre a transferência e a tele, havendo até uma reformulação de conceitos que incluem a transferência na relação, não mais patologizando o conceito e integrando a relação. “Tele seria um processo social objetivo, cujo dinamismo traduz-se, no terreno psicológico, pela transferência e no estético pela empatia” (Aguiar 1990; 72). Com essa afirmação, Aguiar ressalta que a tele está diretamente relacionada aos dois processos de transferência e de empatia, sendo cada um deles diferente um do outro.

A transferência está presente em todas as relações e é a forma de olhar para ela que atualmente se questiona. No *setting* psicanalítico, a transferência é fundamental para a compreensão e análise do paciente. Na psicanálise, a transferência é o objeto do tratamento psicanalítico. Nela há manifestações do inconsciente projetadas na relação terapeuta-paciente; tais manifestações, para a psicanálise, contribuem para o tratamento.

A transferência psicanalítica é a repetição de sentimentos que estavam presentes em relacionamentos anteriores. E para Freud estaria diretamente relacionada à relação terapeuta paciente. A transferência então só se manifestaria neste tipo de relação, podendo ser positiva ou negativa, dependendo de que lugar do inconsciente ela habita, ou seja, de energias libidinosas; seriam uma transferência positiva e de energias destrutivas, seria uma transferência negativa. No entanto a psicanálise considera “toda transferência como uma aliada, uma aliada incômoda, certamente, mas indispensável” (Kahn, 2010; 241) .

Já para o psicodrama, a transferência é algo que está presente, deve ser analisado, porém não se coloca tanta ênfase nela.

“Para que a distinção entre tele e transferência seja possível, o terapeuta deve considerar, em primeiro lugar, o caráter fugaz tanto do fator tele como o de seu aspecto transferencial.” (Bustos 1992; 47)

Não há tele em todas as relações. Ela é algo a ser buscado, para que assim seja limpa, porém a transferência está presente em todas as formas de condutas, sendo elas terapêuticas ou não. A forma que Bustos encontrou para caracterizar a tele e a transferência é clara e bastante adaptável ao trabalho que está sendo feito:

“todas as operações terapêuticas realizam-se no presente: o Encontro visto com todas as operações de vínculo télico, a dramatização e a transferência, estas últimas como presentificação do passado” (Bustos 1992; 47)

Acredito que a transferência seja uma parte importante da relação terapeuta-paciente. Não há relação sem transferência, as projeções do paciente com o terapeuta acontecem desde o princípio, bem como a transferência de terapeuta com o paciente. Isso é algo para ser cuidado e analisado de maneira profunda para que, assim, haja um cuidado da relação. A tele seria algo a ser atingido e só aconteceria se a transferência estivesse analisada e percebida como algo presente na relação entre duas pessoas. A transferência não desaparece, ela apenas muda de foco. Um texto de Sergio Perazzo sobre tele e transferência diz:

“A ocorrência de transferência numa dada relação não só não invalida a tele como também não é incompatível com a co-criação, em toda relação sendo possível identificar um projeto dramático manifesto e um projeto dramático latente com ou sem transferência.” (Perazzo, 2000:129)

Concordo com o autor, pois a relação entre tele e transferência está diretamente associada. Não há relação em que a transferência não esteja presente.

Co-inconsciente

Nessa linha de pensamento, há também o co-inconsciente. Moreno começa a estudar formas de compreender o que há de mais profundo quando falamos da relação interpessoal. Existe algo que vai além. Apenas a compreensão de consciente e inconsciente individual de Freud – ou o inconsciente coletivo de Jung – é pouco, por mais que os dois autores também tivessem discutido sobre o assunto de co-inconsciente anteriormente a Moreno. Moreno modifica o conceito e defende que

“Devemos procurar um conceito construído de tal modo que a indicação objetiva da existência desse processo em ambas as direções não provenha de uma única psique, mas de uma realidade mais profunda em que os estados inconscientes de dois ou mais indivíduos estão interligados com um sistema de estados co-inconsciente.”
(Moreno 1997: 30)

Esse estado é estudado na relação e, assim, também se entende à *interpsique*. Acontece na relação entre duas pessoas e só quando os sujeitos se relacionam ela está presente.

Tanto o co-inconsciente como a interpsique são elementos da relação, ou seja, só estão presentes quando há duas ou mais pessoas interagindo. Há momentos em que esses fenômenos acontecem, mas eles não estão presentes em todo o tempo das relações pessoais.

Empatia

Vale salientar o elemento da empatia, que é “um fragmento télico” (Monteiro, 2005:65). Para haver tele, deve haver uma sensibilidade empática do sujeito, porém a tele só acontece se houver reciprocidade empática. A empatia está presente em todas as relações humanas. Ela está relacionada à tele e à transferência, mas tem suas características específicas: os fragmentos de empatia são unilaterais. Um indivíduo que tem sensibilidade empática pode se relacionar intimamente com o outro e mesmo penetrar a subjetividade do outro, sem que isso seja uma troca. Acredito que isso aconteça em muitos momentos e que, para haver relação télica, deve haver dupla empatia.

Em um conceito mais recente de empatia, Ana Maria Knobel diz que a:

“empatia pode ser entendida como uma abertura espontânea para o outro, que inclui disposição e capacidade para atender aos critérios que norteiam a relação. Define-se, pois, pela articulação dinâmica de dois parâmetros: papel e projeto relacional.” (Knobel, 1994: 8)

Essa forma de definir a empatia transforma-a em um processo de escolha do sujeito e há questões cognitivas que permeiam a presença ou não da empatia. Ela “abrange assim aspectos tanto cognitivos como conotativos” (Knobel, 1994: 8). O sujeito pode decidir estar ou não aberto para a empatia. O terapeuta está mais disposto à relação, já o paciente não. “Procuramos enquanto terapeutas ter uma postura mais aberta (...) dele, entretanto, não se espera o mesmo” (Knobel, 1994:7).

Espontaneidade e Criatividade

O psicodrama traz como conceito fundamental a espontaneidade, que busca construir novas formas de lidar com o conflito, ou seja, formas de demonstrar os conflitos e vivências sem a conserva cultural. É através da espontaneidade que surgem novas respostas e novas formas de estar no mundo. “Resposta do indivíduo a uma nova situação – e uma nova resposta a uma antiga situação – chamamos de espontaneidade” (Moreno 1997: 101). Espontaneidade é o que se busca na terapia psicodramática, pois “é uma disposição do sujeito de responder como requerido... uma preparação do sujeito para a livre ação.” (Moreno 1997:162).

A espontaneidade é a busca pela renovação, por formas novas e adequadas de respostas a situações antigas, as quais já não estão mais sendo adequadas ou tornaram estáticos certos comportamentos antigos. Alguns comportamentos são mantidos por comodidade. A busca pelo novo é a busca por outras formas de se colocar na vida. “...quando recupera sua liberdade ou luta por ela, o homem reafirma sua essência”(Gonçalves, 1988;47). Essa essência é buscada para reconhecer e modificar o ser no mundo.

A “criatividade” está diretamente relacionada à espontaneidade, porém os dois constructos são diferentes; “a espontaneidade e a criatividade são

consideradas fenômenos primários e positivos” (Moreno 1997:99). Não há como separar uma atividade criativa do fator de espontaneidade; para gerar algo criativo, passa-se pelo espontâneo. “A espontaneidade é um fator que permite ao potencial criativo atualizar-se e manifestar-se” (Gonçalves,1988;47).

A criatividade é algo que deverá ser buscado para transformar o que já está conservado. Ou seja, a criatividade é posterior ao ato espontâneo e anterior ao ato da conserva cultural. Ela deve ser buscada para que o ato espontâneo não se perca e não se transforme em algo inadequado, mas não deixando também de ser inovador.

Buscam-se em terapia novas formas de atuar no mundo, adequando as respostas à relação, modificando atos que não sejam mais úteis para a relação e descobrindo novas formas de estar no mundo.

Conserva cultural

A conserva cultural é entendida como a parte que está estática, presa a formas de lidar com a situação de maneira pouco criativa e funcional; a conserva cultural tem a função de manter comportamentos e de perpetuar formas saudáveis ou não de relação. “A espontaneidade e a conserva cultural não existem em forma pura: uma função é parasita da outra” (Moreno 1997: 156). Em terapia, procura-se trabalhar a conserva cultural para que ela não atrapalhe a busca pela espontaneidade e atos que modifiquem comportamentos que não têm mais função para o paciente.

O processo criativo se torna conserva cultural quando é cristalizado. Quando não há fluidez nas atitudes, as transformações necessárias para mudanças são estáticas e se fecham em si. Não há possibilidade do novo. Isso é um ciclo; há o ato espontâneo, que, adequando, torna-se um ato criativo; cristalizado, torna-se conserva cultural – deve haver outro ato espontâneo para romper a conserva, e assim por diante.

Esses são alguns conceitos que serão muito utilizados no decorrer da pesquisa, como as técnicas usadas no psicodrama, utilizadas sem perder de vista o referencial metodológico psicodramático. Citarei apenas as idéias utilizadas para esta pesquisa: átomo social, linha da vida e inversão de papel.

Antes de entrar na discussão das técnicas, estratégias* e conceitos específicos psicodramáticos, farei uma breve exposição sobre as fases da sessão de psicodrama, com aquecimento, dramatização e compartilhamento.

Aquecimento

O “aquecimento” que antecede a dramatização dá os instrumentos para que o atendimento aconteça. Sem o aquecimento, não há como acessar outros papéis do paciente. O aquecimento viabiliza a dramatização.

Na teoria psicodramática, divide-se o aquecimento em duas partes: o aquecimento específico e o aquecimento inespecífico.

O aquecimento inespecífico antecede o específico, tem como função preparar o sujeito para entrar em contato com suas questões e trazer suas questões para serem trabalhadas. É nesse momento que, quando o trabalho psicodramático é grupal, o protagonista emerge. Quando o trabalho é bipessoal, o aquecimento inespecífico serve para buscar as questões a serem trabalhadas no dia.

Já o aquecimento específico tem a função de aprofundar a temática trazida e conduzir de maneira adequada o sujeito para a ação; “é a preparação do protagonista para a dramatização”(Gonçalves, 1988; 79). Ele também deve ser mantido durante toda a dramatização, para contribuir com o objetivo do trabalho. Durante o aquecimento há uma pesquisa por zonas a serem trabalhadas e estas zonas pesquisadas levam ao foco do trabalho e ao que deve protagonizar a dramatização.

Dramatização

“Dramatização” consiste em uma etapa psicodramática, na qual, por meio da ação, o psicodramatista explora as cenas trazidas pelo paciente. Está relacionada diretamente ao tratamento que se propõe o psicodrama. Sendo assim, “A dramatização é uma oportunidade para que o protagonista examine, por meio da experiência “como se”, o sentido profundo de papéis em que vem

*No dicionário Aurélio 1977 a definição da palavra Estratégia é “2. arte de aplicar os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis com vista a objetivos específicos”

investindo sua fantasia” (Gonçalves; 1988;80). É nesse momento que a ação acontece.

Acreditando que “toda e qualquer segunda vez verdadeira é a libertação da primeira” (Moreno 1997: 78), ou seja, é na ação dramática que há a liberação do conflito e é nela que podemos entrar em contato com o que se deve trabalhar para que haja uma resposta adequada para a situação vivenciada, buscam-se com a dramatização formas espontâneas de conduta.

Compartilhar

Compartilhar ou *sharing*, como é conhecida originalmente, é a etapa psicodramática que finaliza o ato; neste momento o grupo responde à dramatização feita, dando suporte para o protagonista e tratando também suas questões. Quando a questão dramatizada volta a ser aberta para o grupo:

“o Momento de compartilhar as emoções levantadas, percebendo o grupo a realidade de sua dinâmica co-inconscientes e ocorrendo outros tipos de reconhecimento afetivo e intelectual, necessários para possíveis transformações.” (Gonçalves; 1988;85)

Esta etapa é bem compreendida quando se trata de psicodrama de grupos. No psicodrama bipessoal, enquadre utilizado nesta monografia, o momento do compartilhar é delicado, principalmente porque há uma relação assimétrica necessária para o desenvolvimento da psicoterapia, embora em alguns momentos, segundo Rosa Cukier, seja importante mencionar ao paciente “algo que me aconteceu ou que senti de semelhante parece trazer um certo alento ao paciente” (Cukier; 1992;113).

Porém este compartilhamento deve ser bem analisado. Em alguns momentos a angústia do paciente deve ser mantida, por fins terapêuticos, e o terapeuta também deve saber suportar esta angústia. Ainda segundo Cukier, “o terapeuta tem que sempre avaliar se o seu *sharing* está a serviço dele mesmo ou do paciente.” (Cukier; 1992;114)

Descreverei brevemente agora as técnicas, estratégias e conceitos psicodramáticos e seus fundamentos teóricos que foram utilizados neste trabalho.

Átomo social, uma estratégia de concretização da rede sociométrica do paciente

O átomo social é a forma em que o indivíduo se encontra inserido na sociedade. Para Moreno, “*O átomo social de um indivíduo é visto como algo que consiste num entrelaçamento de afinidades entre ele e certo número de indivíduos e coisas, em inúmeros níveis de preferência.*” (Moreno 1975: 287).

A forma de tornar visíveis essas relações é utilizar o átomo social como técnica. Essa técnica é utilizada para medir as relações sociais do indivíduo em questão. O átomo social nos mostra as relações sociais próximas e distanciadas. É adequado para descobrir as relações sociais e o histórico individual que, em muitos momentos, não aparece de maneira clara na psicoterapia verbal clássica.

Linha da vida, uma estratégia de concretização da história cronológica do paciente.

Essa estratégia de trabalho psicodramático não faz parte do psicodrama clássico moreniano; é uma estratégia de concretização da história do paciente, na qual ele é estimulado a contar sua história de maneira cronológica. É uma forma de conhecimento e aprofundamento na história do indivíduo, respeitando o traçado em que ela está contida. É utilizada por alguns terapeutas psicodramatistas e a terapeuta que me apresentou esta estratégia foi Rosa Cukier que, em sua palestra *Psicodrama Bipessoal*, realizada em 03,17 e 24 de junho de 2009, na Sociedade de Psicodrama de São Paulo (SOPSP), me mostrou como desenvolveu esse estudo. Esta técnica foi criada por Rojas-Bermutes, que lhe deu o nome de “História Sociodramática” e a explica em seu livro “*Teoría y Técnica Sicodramáticas, de Rojas-Bermúdez* (1997. Paidós. Barcelona); pag. 197”. Nesta pesquisa a técnica será intitulada de Linha da Vida.

Técnica da Inversão de papéis e tomada de papel do outro

Para melhor compreensão da técnica de inversão de papéis ou tomada de papel, é necessária uma pequena passagem pela teoria em que ela está inscrita, que é a teoria de papéis.

O indivíduo representa papéis sociais e estes estão de acordo com o que lhe é exigido, como quando está em um local familiar; nesse caso, há necessidade de um tipo de papel: o de filho, pai, avó, etc. Quando se está em um local de trabalho, esses papéis familiares não são adequados, então predominam outros papéis.

O papel só existe se houver mais de uma pessoa para se relacionar com ele: “o papel é uma experiência interpessoal e necessita, usualmente, de dois ou mais indivíduos para ser realizado” (Moreno 1975: 238).

A inversão de papéis possibilita o reconhecimento do outro através da experimentação do papel do outro. Essa técnica é utilizada para que o paciente possa vivenciar diferentes pontos de vista a partir do papel que ele escolheu desempenhar. Ela contribuiu para a compreensão do caso e para que o paciente se aproprie de seus conflitos com o outro. Na inversão de papéis, há troca de papel do paciente com alguém ou algo que se queira explorar dramaticamente. “Basicamente pede-se que o paciente (...) represente o papel de alguém, sobre quem esteja falando, em vez de apenas falar sobre a pessoa.” (Cukier: 1992:44). Com isso, podemos aprofundar as relações sociais que o indivíduo apresenta, fazendo um aprofundamento do átomo social. É uma técnica muito utilizada pelo psicodramatista clínico.

Os conceitos de “*Role taking, role playing e role creating*”*

No desenvolvimento dos papéis existem três fases até se chegar ao papel criativo: o “*role taking, role playing, e o role creating*”; cada uma tem sua função determinada. *No role taking* há tomada de papel sem colocar nele características imaginativas do sujeito, não há uma liberdade de modificação do papel que foi tomado, diferindo assim dos outros dois. Permite que o paciente experimente o papel do outro, se sensibilize com o outro, mas não coloque características suas no papel que desempenha, simplesmente toma o papel sem acréscimos nem reduções

*A tradução de *Role taking, Role playing e Role creating* no psicodrama brasileiro é: tomada de papel; representação ou jogo de papel; e criação a partir dele. Utilizarei a nomenclatura original nesta monografia.

- No *role playing*, o indivíduo atua com os papéis que lhe são imaginários ou que ele determine sejam papéis a serem explorados, para a compreensão do outro. “O “jogo de papéis” pode ser utilizado como método para pesquisar mundos desconhecidos ou para a expansão do eu” (Moreno 1999:226).

Na clínica psicodramática, ele é muito utilizado para poder acessar histórias e vivências pouco ou nada verbalizadas pelo paciente.

No *role creating* há uma criação do papel, sua espontaneidade está a serviço da compreensão e transformação do papel a ser jogado. “Permite ao indivíduo um alto grau de liberdade” (Moreno 1997:413). O paciente cria o papel que vai desempenhar;

Os conceitos descritos acima foram muito utilizados durante a pesquisa e são muito importantes para a compreensão do indivíduo a ser pesquisado. O psicodrama traz recursos para a terapia breve, facilitando a busca de matérias que devam ser analisados para aprofundar o caso e buscar o foco.

O psicodrama não é apenas técnica e sim um referencial teórico metodológico. Esse referencial é importante na área da saúde e da pesquisa. Bustos (1992), em seu livro “Novos rumos do psicodrama”, afirma que

“Toda técnica que se ocupe do outro sem o eu, da conduta com exclusão da experiência... simplesmente perpetua a doença que se pretende curar e toda teoria que não se baseia na natureza do ser humano é uma mentira e uma traição ao homem” (BUSTOS, 1992: 146).

Essa afirmação traduz o referencial teórico-metodológico do psicodrama. A partir dessa reflexão, podemos concluir que há necessidade de buscar o encontro com o outro, no caso o paciente, para que haja uma mudança de comportamento e assim atingir o objetivo que o levou à terapia. Sendo assim, é útil para fundamentar este estudo, no campo da saúde, em especial no trabalho com psicoterapia breve.

O psicodrama, na psicoterapia breve, se encaixa quando pensamos que Moreno, no início, pensava no atendimento em atos, com começo, meio e fim

em si. Esse conceito de psicoterapia breve e, conseqüentemente, de foco, limite e objetivo será discutido ao longo do trabalho e, mais especificamente, no capítulo a respeito de psicoterapia breve.

Vale lembrar que o psicodrama não fica estático, na ação e na dramatização, exclusivamente como forma de compreensão:

“Nosso trabalho consiste em selecionar a via de comunicação de maior riqueza potencial. Se perdeu a palavra, vamos à ação, se a ação se torna inexpressiva, tomemos tão somente o movimento” (Bustos, 1992:154).

Ou seja, não é em todos os casos e todos os momentos que o psicodrama parte para a ação. Há momentos em que o simples fato de verbalizar questões conflitantes já é suficiente para compreender e trabalhar no caso.

4.2 Psicoterapia breve e Psicodrama

A psicoterapia breve teve seu início na Psicanálise e é nela que a maioria dos terapeutas que atuam nessa área se baseia. “No início da psicanálise, as psicoterapias eram de curta duração. Em quatro horas, Freud tratou de impotência sexual o compositor Gustav Mahler” (Hegenberg, 2010:53). Isso aconteceu por volta de 1908. Com o passar do tempo, a prática clínica da psicoterapia de curto prazo foi sendo aprimorada.

O enquadre da psicoterapia é alterado, os pensamentos para finalidade de psicoterapia breve, como vem a ser chamada nos dias atuais, se modificam com Alexander e French, que “propuseram variações no enquadre da psicanálise clássica: diálogos de caráter diversificado e não apenas associações livres, frequência nas consultas, (...) manejo da transferência” (Hegenberg, 2010:60); eles propõem uma chamada “experiência emocional corretiva”. Essa terapia tem em seu caráter uma pró-atividade, algo mais diretivo para lidar com os traumas. Seguindo a linha de resolução da crise/conflito/trauma, em 1958 Balint escreve sobre terapia focal, e seu aluno Malan o aprimorou, criando um enquadre mais específico de como conduzir uma terapia focal: enquadre de tempo, de alta e tempo destinado a ela e,

principalmente, transferência relacionada ao término pré-estabelecido da terapia breve - esse trecho também é descrito no livro de Hegenberg.

Hegenberg utiliza o autor Gilliéron no livro “As psicoterapias breves”, de 1983, como sua referência atual para a proposta de psicoterapia breve quando se trata do término estabelecido de atendimentos. Malan assegurava que era crucial manter o prazo já estabelecido logo no início das consultas. Já Gilliéron e Hegenberg não acham que isso seja de suma importância para o desenvolvimento do processo terapêutico de caráter breve. Esse enquadre deve ser feito para não perder de vista o processo, mas pode ser recontratado, dando assim certa flexibilidade de números de atendimentos para o terapeuta, como diz Ferreira-Santos em seu livro “Psicoterapia breve” (Ferreira-Santos 1997). A diferença entre a psicoterapia breve e a psicoterapia de longo prazo não está em seu tempo e sim, como define Hegenberg, “é sua focalização em torno de uma questão específica” (2010: 36).

A definição de psicoterapia breve mais atual diz que “A psicoterapia dinâmica breve é uma abordagem psicoterápica com duração e objetivos limitados” (Schoueri, 2007:648). Nesse texto há também uma referência à questão de tempo que se faz presente a partir do termo breve, que “deve estar associado à idéia de limite” (Schoueri, 2007: 648), bem como ao foco, que é um conceito fundamental da terapia breve.

Um fator relevante, para que haja a indicação de um paciente para psicoterapia breve, é o fato de o paciente estar ou não em crise, ou estar beirando uma crise, -“...entendida como ruptura de sentido de vida”- (Hegenberg, 2010:153). Para fundamentar esse conceito, Ferreira-Santos, no livro *Psicoterapia Breve*, de 1997, na página: 47, utiliza uma forma mais didática, em que ele define níveis para classificar a crise e para justificar o procedimento de psicoterapia breve. São eles:

- “1. elevação inicial da tensão;*
- 2. aumento progressivo do estado de tensão;*
- 3. mobilização de esforços;*
- 4. ponto de ruptura”*

Esses seriam os estágios iniciais de uma crise, que ainda não seria a crise propriamente dita, ou seja, a ruptura.

Olhando para a crise, que também é um fator decisivo para o bom desenrolar da psicoterapia breve, há fatores de ordem prática que estabelecem limites e ditam as formas de ação do psicoterapeuta com seu paciente; a isso se dá o nome de *enquadre*, e é ele que torna possível a prática.

O enquadre é o fundamento básico da terapia breve. Dentro dele cabe foco, objetivo e *setting*. O *setting* abrange o tempo limitado de atendimento, o local de trabalho e o lugar em que o terapeuta se apresenta na relação com o paciente (frente a frente), “O enquadre é o conjunto de fatores que compreendem as determinantes socioculturais de psicoterapia e os parâmetros fixos do tratamento” (Schoueri, 2007: 650).

Ferreira-Santos (1997:65) propõe um esquema de enquadramento que é:

- a) *“alta do paciente: propondo que sejam feitas reavaliações periódicas, com intervalo mensal no início e posteriormente semestral até a alta definitiva;*
- b) *prolongamento do período de psicoterapia breve, com um recontrato para mais um bloco de sessões (que poderá ser em menor número);*
- c) *“indicação para um processo de psicoterapia prolongada, individual ou grupal.”*

Estabelecido o enquadre, há uma mudança fundamental na natureza da psicoterapia. Como diz Hegenberg, estas variações no enquadre são significativas, promovendo alterações no modo como um dos participantes se relaciona com o outro” (Hegenberg, 2010:36). Os participantes - terapeuta e paciente - estão ligados à relação que têm com o tempo de término dos atendimentos e com o enquadre da psicoterapia breve; para ambos este enquadre deixa o processo terapêutico com uma evolução diferente de uma terapia de longo prazo. (Schoueri, 1997:650):

“A função do enquadre é estabelecer o campo terapêutico que permitirá a evolução do processo de tratamento dentro das regras às que paciente e terapeuta obedecerão”

Ela utiliza como pilar para sua sistematização o objetivo, que deve ser definido e centrado na evolução do caso e da queixa, e deve ser definido junto com o paciente durante a ação psicoterapêutica, foco que deverá permear todos os atendimentos.

Foco é algo a ser delimitado em atendimentos, diferente do objetivo do trabalho, que é pré-determinado. Ou seja, o objetivo está relacionado diretamente com a crise que fez o paciente buscar o tratamento; no caso da obesidade mórbida, o objetivo é o emagrecimento. “Na prática psicoterapêutica, o foco tem um eixo central. Com maior frequência, este eixo é dado pelo motivo de consulta” (Fiorini, 1976:91), ou seja, o foco é delimitado pela crise que fez o paciente procurar a psicoterapia. Cito como exemplo esta mesma pesquisa, em que o foco passou a ser o limite que a paciente dava a seus familiares e a si mesma, e o objetivo era o emagrecimento. Nesse caso, o foco foi estabelecido seguindo o tipo de personalidade da paciente: “o foco pode ser a crise ou uma característica ligada aos tipos de personalidade” (Hegenberg, 2010:153). A delimitação do foco da terapia foi feita em conjunto com a paciente, assim ela também se apropriou de seu tratamento.

Vemos também outras definições de foco na psicoterapia breve como em Ferreira-Santos que cita Lemgruber, dizendo que foco é: “o material consciente e inconsciente do paciente, delimitado como área a ser trabalhada no processo terapêutico através de avaliação e planejamentos prévios” (1997:39). Ainda citando o mesmo autor “como um rio canalizado” (Ferreira – Santos 1997:40), a focalização deve estar presente durante todo o processo de terapia como um norte a ser seguido, porém ela atinge vários níveis e profundidade ao longo do trabalho. A avaliação é feita pelo terapeuta e colocada para o paciente, de maneira unilateral. No caso desta pesquisa o paciente esteve presente na definição do foco, porém a terapeuta teve uma atitude ativa de conduta, sugerindo e mostrando as linhas a serem seguidas.

“Operativamente a focalização leva a trabalhar sobre as associações intencionalmente guiadas” (Fiorini, 1976: 91). Essa afirmação também

caracteriza a forma de se colocar na relação com o psicoterapeuta - e essa seria a postura ativa a ser buscada.

Na psicoterapia breve, é fundamental saber focar o trabalho; o terapeuta deve ser capacitado a fazer este tipo de terapia:

“a capacidade do terapeuta tanto em termos técnicos (possibilidade de avaliação e diagnóstico precisos) como em termos de “saúde psicológica”, isto é, sua capacidade de empatia e não de identificação e/ou contratransferência exacerbada em relação ao cliente” (Ferreira-Santos, 1997: 36)

Portanto, deve ser reconhecido também que o terapeuta pode não estar preparado para lidar com o estabelecimento de foco e ter o tempo como fator limitante de terapia. Há outros elementos que determinam essa capacidade, segundo Ferreira-Santos: (1997: 56 a 58).

“(a) Humanidade: identificar quem está querendo ajudar... perceber quem é o outro... reconhecê-lo como pessoa;

b) Potência: domínio do processo terapêutico em si, reconhecendo suas metas, objetivos, variações, intervenções etc... O exercício efetivo de sua capacidade de se utilizar do conhecimento adquirido em benefício do paciente;

c) Controle: Não lhe é permitido sob este ponto de vista furtar-se em assumir atitudes perante seus pacientes, que efetivamente, exijam o exercício do poder, tendo como medida de segurança para o não abuso desse poder, a introjeção dos pré-requisitos de Humanidade e Potência;

d) Comprometimento: Contínuo envolvimento e aceitação de responsabilidades assumidas que dão sentido à nossa escolha do papel de terapeuta.”

Concordo com o autor em suas colocações, grifo a capacidade de empatia e não de identificação e contratransferência, pois no caso desse tipo de terapia o vínculo também é fundamental para o sucesso do trabalho, porém ele deve ser analisado e fundamentado para que não se torne prejudicial. Acho fundamental lidar com a relação de poder entre terapeuta e paciente para que

a terapia funcione. O paciente que está em terapia breve muitas vezes tem de ser levado a buscar compreensões de uma forma mais ativa que um paciente em terapia de longo prazo, e para isso o terapeuta deve ajudá-lo ativamente a achar esse caminho. Isso só será efetivo havendo uma relação diferenciada de poder entre o terapeuta e o paciente. Em todas as relações paciente-terapeuta há uma relação desigual, o terapeuta sempre estará em outro lugar diferenciado do paciente. Mesmo que esta relação esteja mais próxima, há ainda esta diferenciação de poder, o que é diferente de um distanciamento do terapeuta com o paciente. O terapeuta pode estar próximo e conseguir se colocar no lugar do paciente, mas estará sempre em um lugar de maior saber e poder. Isto deve ser levado em conta principalmente quando se trata de uma psicoterapia breve.

Outro fator importante para a efetividade do trabalho é a capacidade de elaboração que o paciente apresente. Todos os autores concordam em que, para que haja um trabalho consistente, o paciente também deve ser adequado para tal, ou seja, “que o paciente apresente estrutura de funcionamento psíquico que suporte e possa fazer bom uso da frustração e da consequente angústia gerada pelo tempo delimitado” (Schoueri, 2007:649).

Buscando interligar a discussão de psicoterapia breve e psicodrama, vemos que o psicodrama colabora com técnicas para o desenvolvimento dos casos, como também a técnica psicodramática é utilizada para a compreensão e atuação ativa. Mesmo que o psicodrama interaja com suas técnicas e sua prática de ação, a psicoterapia breve pede maior atividade, direcionamento e objetividade do terapeuta. Ele deve se colocar de outra forma diante do paciente, essa liberdade o psicoterapeuta psicodramático tem.

Sobre os atendimentos de Moreno em Beacon, nos EUA, e justificando a proximidade do psicodrama com terapia breve, Ferreira-Santos(1997: 29) diz que os atos “continham a ideia de um processo ativo de curtíssima duração e fundamentalmente focal”. Moreno inicialmente trabalhava em atendimentos de curto prazo e com resolução de conflito com objetivos e focos bem traçados. Não havia uma busca pelo processo de longo prazo como forma de terapia.

Para Ferreira-Santos (1997: 62) a psicoterapia breve deve “tornar possível a compreensão dos conteúdos latentes subjacentes a determinado

sintoma, o qual geralmente constitui o motivo da consulta.” (Ferreira-Santos) para efetivamente agir no momento de crise e trabalhar com objetivo claro.

Vale lembrar que alguns autores discutem a efetividade do tratamento em Psicoterapia Breve levando em consideração o grau de compreensão do paciente. Schoueri (2007:650) descreveu um instrumento criado no Hospital das Clínicas de São Paulo para verificar se o paciente está apto ou não para fazer Psicoterapia Breve, levando em consideração:

- “- Presença ou ausência de situação de crise.*
- Possibilidade, ou não, dos entrevistadores formularem hipóteses psicodinâmicas que possam explicar o sintoma ou as queixas do paciente: presença ou ausência de foco.*
- Desenvolvimento psicosssexual.*
- Intensidade e qualidade das defesas utilizadas pelo paciente durante a entrevista.*
- Capacidade de simbolização e respostas às interpretações.*
- Autoestima”*

O desenvolvimento psicosssexual citado faz parte do referencial psicanalítico com que Schoueri e sua equipe trabalham. Acredito que seja mais adequado substituir a denominação “desenvolvimento psicosssexual” por “desenvolvimento de relações afetivas significativas”; isso permitiria saber previamente se esse paciente se vincula. O vínculo é fundamental para o bom funcionamento da Psicoterapia Breve.

Deve haver, portanto, um grau de compreensão e adequação do paciente e do terapeuta para que o resultado da Psicoterapia seja atingido. A forma da Psicoterapia Breve já é bastante conhecida na história das psicoterapias, em especial na Psicanálise e no Psicodrama. O ato psicodramático é uma Psicoterapia Breve e difere do processo psicodramático, uma vez que trabalha questões pontuais com começo, meio e fim em uma única sessão.

À busca pela validação do formato de intervenção com objetivo claro, tempo limitado e foco direcionado a alcançar o objetivo proposto, deu-se o nome de Psicoterapia Breve. O Psicodrama também muito acrescentou à

Psicoterapia Breve, com técnicas e forma de interação com o paciente. No caso desta pesquisa, colaborou com as técnicas de inversão de papéis, átomo social, linha da vida e dramatizações.

O Psicodrama, com sua postura mais ativa dentro do *setting* terapêutico, permite que haja o casamento entre Psicoterapia Breve e Psicodrama. Há muito que um pode acrescentar ao outro. Ao Psicodrama, a Psicoterapia Breve acrescenta a busca de objetivo no atendimento, bem como a discussão sobre *setting* e qualificação do terapeuta para o trabalho.

Já à Psicoterapia Breve, o Psicodrama tem a acrescentar suas técnicas e sua postura ativa na relação terapeuta-paciente. A postura ativa do psicoterapeuta não está relacionada à forma de estar fisicamente no atendimento, mas ao tipo de intervenção que será feita pelo terapeuta e pela conduta do caso. Há uma escuta direcionada e uma condução do caso com maior potência do terapeuta.

4.3 Obesidade mórbida

A Obesidade Mórbida é uma doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a obesidade em três níveis: sobrepeso, obesidade do tipo 1 e obesidade do tipo 2 ou mórbida. Esses níveis são definidos pelo Índice de Massa Corpórea (IMC), que é calculado dividindo o peso de uma pessoa, em quilogramas, por sua altura em metros ao quadrado (kg/m^2), obtendo, dessa forma, o resultado de quilograma por metro quadrado (kg/m^2). A OMS considera a obesidade como um problema de saúde pública.

A obesidade mórbida é “uma doença crônica multifatorial com consequências nefastas para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.” (Travado, 2004). Considera-se adequado o IMC entre 18 e 25 kg/m^2 . Classifica-se como de sobrepeso o IMC entre 25 e 30 kg/m^2 ; como de obesidade tipo 1, o IMC entre 30 e 40 kg/m^2 ; e, acima de 40 kg/m^2 , como de obesidade mórbida.

No Código Internacional de Doenças (CID), há a definição de Hiperfagia Psicogênica, com o código F50.4, porém lá “não consta o termo obesidade como problema psiquiátrico” (Kaufman, 2005,20). No entanto, trata-se de uma doença que é a base para a obesidade mórbida, pelos inúmeros fatores que colaboram para seu desenvolvimento.

Nesse caso, a obesidade traz consigo algumas comorbidades, ou seja, outras doenças associadas, como hipertensão arterial, diabetes, problemas respiratórios, trombose e artrites.

Estão presentes fatores biopsicossociais, ou seja, biológicos, psicológicos e sociais. Dessa maneira, o correspondente tratamento deve envolver profissionais de diferentes áreas para contemplar todo o quadro de possíveis causas.

Sobre o tratamento dado à obesidade mórbida, Arthur Kaufman, coordenador do Programa de Atendimento a Obesos (PRATO), diz que se devem buscar novas formas de comportamento do paciente:

“Procura-se então, o encontro de novo estilo, em que haja a quebra dos padrões costumeiros no que se refere a hábitos alimentares, sedentarismo, passividade, autoimagem negativa e relacionamentos interpessoais insatisfatórios” (Kaufman, 2005: 22)

A busca por novos padrões de alimentação e de estar no mundo pode refletir-se em um tratamento efetivo para a doença. Durante a psicoterapia direcionada à obesidade mórbida, deve haver a compreensão de seu estado de crise. Não há possibilidade de tratamento se não houver esse olhar para a crise em que o paciente pode se encontrar.

Quando o obeso mórbido busca o tratamento, geralmente é porque ele está em um estágio avançado da doença e já apresenta comorbidades. Sendo assim, deve haver uma mudança efetiva em seu comportamento alimentar, num curto período de tempo.

Para os pacientes, a associação de alimento com histórias relacionadas à sua vida torna mais difícil a atividade de mudança de hábitos alimentares:

“O alimento costuma estar associado a experiências emocionais e inter pessoais, e seu sentido cultural vai além da satisfação de necessidades biológicas.” (Kaufman, 2005: 33)

Há muita relação entre o afeto e a comida. No caso desta pesquisa, a relação foi estabelecida com os limites que a paciente dava a si e aos outros. A

ingestão de comida é, em alguns casos, a única fonte de prazer do paciente. É o momento em que há uma busca pelo que é genuinamente prazeroso.

Para o tratamento da obesidade mórbida, é fundamental o acompanhamento de Psicoterapia, que deve ter foco, compreendendo que a obesidade mórbida é um momento de crise. Deve, por isso, buscar o tratamento diretamente relacionado ao objetivo do trabalho, que é a mudança do estilo de vida e sua relação com a alimentação:

“Nesse contexto, tem sido cada vez mais enfatizado que o êxito do tratamento da obesidade está inextricavelmente relacionado com o uso de técnicas psicológicas. Objetiva-se produzir alterações não apenas nos hábitos alimentares e atividades cotidianas.” (Santos 2001; 1)

O tratamento multifatorial exige acompanhamento psicológico para que sua efetividade se cumpra. Nesta pesquisa, a paciente foi atendida apenas pela área de Psicoterapia, obtendo resultado satisfatório, uma vez que ela emagreceu e mudou os hábitos.

5. Metodologia/ Método

Esta pesquisa está baseada em um conceito muito discutido nos meios acadêmicos e psicodramáticos. Luiz Contro, Mariângela Pinto da Fonseca Wechsler, Valeria Cristina da Albuquerque Brito e Maria da Penha Nery são os principais autores que discutem o conceito de pesquisa-ação ou pesquisa-intervenção e introduziram no meio acadêmico psicodramático tais termos.

Uma pesquisa-intervenção é aquela em que o sujeito de pesquisa é conduzido à transformação de suas percepções, enquanto uma pesquisa-ação é aquela em que há uma preocupação com os resultados da pesquisa. Ambas classificam-se como qualitativas e buscam relatos de resultados, utilizando, no entanto, diferentes formas de intervenção.

Esta pesquisa tem aspectos de uma pesquisa-intervenção, pois nela há mudança e transformação da subjetivação do paciente/sujeito de pesquisa. Segundo Contro (2009, p. 20), na pesquisa-intervenção “espera-se que provoque uma renovação da percepção dos indivíduos”.

Este trabalho, do tipo “estudo de caso”, é uma pesquisa clínico-qualitativa que pode ser definida da seguinte forma: “(1) a pesquisa é naturalística, 2) tem dados descritivos, 3) a preocupação é com o processo, 4) ela é intuitiva, 5) a questão da significação é essencial.” (Turato, 2003:245).

O objetivo da pesquisa não era gerar resultados satisfatórios e, sim, buscar compreender formas de trabalhar com obesidade mórbida e pensar, à luz do Psicodrama e da Psicoterapia Breve, um tratamento adequado para essa patologia. O resultado satisfatório, ou seja, o emagrecimento da paciente, foi consequência do trabalho/pesquisa.

O que importa nesta pesquisa está diretamente relacionado à forma como foi conduzida, a prática clínica que levou não especificamente ao resultado. Pensar na abordagem de conduta para a pesquisa e seus enquadres foi mais relevante que o resultado, pois a forma, o processo da pesquisa, gerou uma renovação de percepção em si, sem haver busca por ele. Inicialmente esta intervenção foi feita exclusivamente pensando no bem-estar da paciente e não em uma pesquisa, com o término da intervenção e, pelos seus resultados, ela se tornou uma pesquisa.

Há, portanto, aspectos de uma pesquisa-intervenção, uma vez que se observou uma mudança efetiva de comportamento da paciente. Paralelamente, classifica-se como pesquisa-ação já que apresenta um objetivo traçado e buscado ao longo de todo o trabalho com a paciente.

O objetivo inicial da paciente deste trabalho foi o emagrecimento. O foco foi estabelecer limites de forma ampla (limites nos familiares, amigos e limites para a comida). Esse foco foi criado a partir das demandas trazidas por ela, para criar a estratégia de alcançar o objetivo proposto ao trabalho. O enquadre foi feito a partir dos preceitos da Psicoterapia Breve com tempo de término passível de ser recontratado caso fosse necessário, porém o método utilizado para fundamentar o trabalho foi psicodramático.

Quando falamos em um método de pesquisa psicodramático, há uma divisão entre os conceitos de espontaneidade/criatividade e de conserva cultural, principalmente quando se trata de uma pesquisa com base na Psicoterapia Breve, que exige objetivo e foco para que o trabalho transcorra de

maneira satisfatória, como foi discutido anteriormente. O método de pesquisa psicodramático subsidia formas para a mudança de comportamento.

Acompanhando Contro (2009, p. 21), vemos que “o método psicodramático de pesquisa oferece um roteiro por meio do qual as dinâmicas se compõem. Quanto ao procedimento psicodramático, ele está relacionado às etapas e contextos. Ainda seguindo o pensamento de Contro (2009, p. 21), “através de suas etapas e contextos, o projeto dramático em questão se viabiliza”.

A partir dessa afirmação, podemos perceber que não há contradição entre atividades programadas para atingir demandas específicas e a teoria de espontaneidade psicodramática, uma vez que, com o roteiro de procedimentos, busca-se a espontaneidade e a criatividade para lidar com o conflito de outra forma. Complementando esse pensamento, o método psicodramático pode “atuar tanto respondendo a uma demanda e/ou encomenda quanto para produzir novos modos de subjetivação” (Contro, 2009; p.21).

Esse pensamento sobre o entrelace da Socionomia com a pesquisa é complementado por Nery (p.90):

“A socionomia se especializa no entendimento dos fenômenos da co-criação e da interpsique. São fenômenos relacionados ao “inter”, o que reporta à árdua tarefa de se investigar como estudá-lo e cooptá-lo ‘cientificamente’, de maneira consistente e legítima”.

Com essa afirmação a respeito da Socionomia, que é a base da teoria psicodramática, a autora garante que a pesquisa em Psicodrama é fundamental para criar formas de apresentação e validação do trabalho feito. Investigar o “inter” é um trabalho difícil de ser quantificado, porém é a única forma de qualificar a pesquisa psicodramática.

5.1 Participante

Neste trabalho, o sujeito de pesquisa, do sexo feminino, foi referido como Cláudia, de 28 anos de idade, desempregada, com índice de massa corpórea cinquenta e seis (IMC=56), ou seja, portadora de obesidade mórbida.

O critério de inclusão na pesquisa foi ser paciente do Programa de Atendimento aos Obesos (PRATO) e estar em atendimento individual, com o índice de massa corpórea (IMC) superior a 40. A busca por esse programa deve-se ao fato de a paciente não desejar submeter-se à cirurgia bariátrica, fato discutido ao longo do trabalho.

5.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A paciente foi acompanhada por tempo determinado no princípio (12 atendimentos), que foi recontratado depois, totalizando 30 atendimentos; as faltas foram contabilizadas como parte do processo, não havendo reposição. Foram 3 faltas no total, que aconteceram durante os primeiros dois meses de atendimento.

A coleta de dados desse atendimento individual foi baseada na abordagem psicodramática, tanto para as intervenções/atendimentos quanto para a análise dos resultados. A cada atendimento semanal com a duração de uma hora, seguiu-se uma descrição sumária por parte da pesquisadora, objetivando registrar o conteúdo e a evolução do caso.

Para coleta de dados utilizei técnicas psicodramáticas da “linha da vida” e “o átomo social”, que são:

Linha da vida

Essa técnica é utilizada para dar um enquadramento na história do paciente. Pede-se que o paciente imagine que, à sua frente, há uma linha. Nela, o paciente vai percorrer os anos de sua vida de maneira cronológica. O início da linha corresponde ao momento do nascimento; essa é a única orientação dada pela terapeuta. A sequência da linha é criada pela paciente; da mesma forma, os anos a serem colocados e as motivações para que determinado ano seja destacado dependem dela.

A segunda técnica utilizada foi o Átomo Social:

Na teoria psicodramática, o ser humano é compreendido por Moreno como alguém inserido na sociedade, cujas relações podem ser representadas e classificadas como seus átomos sociais. A “investigação dramática do átomo

social visa explorar o contexto sociométrico ao qual o paciente está se referindo” (Cukier,1992: 76).

Essa técnica mostra como estão as relações sociais no momento em que são personificadas. É uma fotografia das relações em que a pessoa está inserida. Esse átomo pode ser mudado conforme essas relações também mudem. Na representação, objetos podem ficticiamente atuar como se fossem pessoas da relação da paciente.

Para acompanhar a apresentação e discussão do caso, dividi em três os relatos de atendimentos, sendo que:

O primeiro relato refere-se ao segundo atendimento, na ordem cronológica em que se utilizou a técnica da linha da vida. Ele mostra de forma clara a técnica do Psicodrama aplicada à Psicoterapia Breve e mostra como obter dados de uma forma dinâmica.

O segundo relato corresponde cronologicamente ao terceiro atendimento, que consistiu em um átomo social que, além de demonstrar uma técnica psicodramática aplicada, mostra também a dinâmica familiar de Cláudia e os motivos para a escolha do foco para conduzir os atendimentos.

O terceiro relato corresponde ao último atendimento, portanto o trigésimo, também de um átomo social refeito por Cláudia. Mostra como ficaram suas relações sociais e a forma como ela se coloca no mundo posteriormente à terapia, bem como mostra de maneira clara o resultado do trabalho. Relatarei a seguir esses atendimentos, com suas discussões no corpo do texto.

5.3 Procedimentos de análise dos dados

Feito o registro de cada atendimento, a etapa seguinte tratou da leitura flutuante do material, sem atenção a detalhes, deixando que entre os escritos algo naturalmente chamasse a atenção – e que isto fosse aprofundado. Como havia muito material registrado, esta forma de leitura ajudou para a escolha de em qual parte seria feita a análise mais profunda. Na sequência, o conteúdo foi organizado de acordo com a relevância para compreensão do caso e analisado à luz do referencial psicodramático e da Psicoterapia Breve. Foram relatados

fatos específicos para o entendimento do caso e para a demonstração do casamento das linhas teóricas.

6. Cuidados éticos

A paciente preencheu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver ANEXO 1) e recebeu esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre o caráter voluntário de sua participação, sem qualquer prejuízo de seu tratamento dentro da instituição e de sua participação no PRATO (Programa de Atendimento ao Obeso), no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Seu nome foi modificado para não haver exposição de identidade.

7. Apresentação e discussão do caso

A paciente, que aqui será identificada pelo nome fictício Cláudia, procurou o serviço do PRATO para obter ajuda para seu emagrecimento. Ela já havia procurado outros profissionais, como médicos e nutricionistas, mas dizia não ter obtido resultados significativos. Relatou que, desde a infância, tinha preocupação com o peso e com a alimentação.

Quando chegou ao atendimento psicoterápico, estava com 27 anos de idade, apresentava IMC de 57 kg/m². Mostrava-se bastante abalada, pois havia sido descartada de um emprego, supostamente, por causa do peso. Os médicos de seu convênio pretendiam que ela se submetesse à cirurgia bariátrica. A família também achava que essa seria a única solução. A paciente, porém, não se sentia suficientemente segura quanto à operação.

Era uma paciente chama de “paciente bucha”, por não ter um bom prognóstico e estar em condição limite para tratamento. Por este motivo, os profissionais do PRATO (médicos, educadores físicos e nutricionistas) não achavam que teriam condições de atendê-la, sendo mesmo aconselhado não a atender. Porém Cláudia estava procurando atendimento e ajuda, então passou a ser tratada apenas na psicoterapia.

Ela não tinha mais vontade de sair de casa; achava-se incapaz de modificar seu comportamento e sucumbia às pressões externas. Sua casa, segundo ela mesma, estava “bagunçada” e, já fazia semanas, ela não limpava

nem o quarto. Só queria comer e dormir, sem ter nem de pensar no que estava comendo. Tinha uma cachorra, que estava “muito suja”; mesmo assim, dormia na cama da paciente. Ela não gostava, mas permitia isso porque “tinha dó” e não se sentia capaz de colocar o animal para fora de casa. Também não colocava limites em seus familiares.

A paciente era casada. Esse casamento era insatisfatório, pois ela não se interessava pelo marido. Eles moravam em cidades separadas; apesar disso, ela não via outra saída que não permanecer casada e aceitar as motivações do marido. Ele telefonava para ela todos os dias e se dizia apaixonado, embora eles não se vissem havia quatro meses. Ela alegava que estava muito obesa e doente para visitá-lo e, como ele trabalhava, não poderia entrar em férias apenas para visitá-la.

Cláudia mantinha distância entre os dois. O marido, também segundo ela, era um “manipulador de pessoas”, queria que suas vontades fossem atendidas e dizia estar sempre com a razão. Ele queria muito que ela fosse submetida à cirurgia e fosse morar com ele na outra cidade. Esse fato estava diretamente ligado às suas dúvidas quanto à operação. Com isso, ela não se decidia. Ela normalmente deixava que as decisões de sua vida fossem tomadas por outras pessoas.

Quando chegou ao serviço de atendimento PRATO, Cláudia foi encaminhada para o atendimento em grupo, porém seu caso demandava maior atenção e cuidado. Era uma paciente em crise, com risco de não suportar as angústias que estava vivendo naquele momento. Foi então encaminhada para uma psicoterapia individual, com caráter de terapia breve, visto que ela passava por crise e era necessário estabelecer metas.

Outro motivo para escolher uma terapia breve foram as exigências institucionais do Hospital das Clínicas de São Paulo, que são, muitas vezes, implícitas e limitam por si só o tempo de atendimento, ao exigir um elevado número de atendimentos de casos, tanto grupais como individuais.

A paciente, muito desnorteada, falava de sua vida sem linearidade, não havia compreensão do discurso. Contava várias vezes a mesma história sobre sua família e seu relacionamento. Por vezes, quando questionada sobre isso,

perguntava: “mas eu falei isso?”. Por essa razão, para começar o trabalho com ela, utilizei a técnica da linha da vida.

A segunda técnica utilizada, descrita nesta pesquisa, foi o átomo social. Havia, porém, um problema operacional sério para o desenvolvimento dos trabalhos: estávamos em uma instituição sem muitos recursos para a montagem clássica da atividade do átomo social, a qual não só requer objetos grandes como também que o paciente troque de papel com os objetos marcados no chão. Nesse caso, os grandes objetos foram substituídos por pequenas almofadas coloridas (ver ANEXO 2 – FOTOGRAFIA DAS ALMOFADAS – Grupo Social 1) e as trocas de papéis se davam com a almofada sendo apertada nas mãos da paciente. Escolhi essa técnica para compreender melhor a dinâmica.

Em certo momento, a almofada que, para Cláudia, representava o marido, é colocada como membro isolado do grupo. A paciente já havia falado sobre ele, mas, até então, ele aparecia como um membro do grupo. Quando ela coloca a figura dele distanciada e troca de papel com ele, aparece um tom de raiva e hostilidade na voz dela. “Ele”, na troca de papel, diz que “só eu sei o que é melhor para Cláudia e ela não me escuta”. Cláudia nesse momento chora e diz sentir “raiva dessa arrogância dele”. Parte daí uma recuperação dos seus desejos e Cláudia mostra não ter mais vontade de permanecer casada. Posteriormente a técnica do átomo social foi reaplicada para a compreensão das mudanças na vida de Cláudia.

O objetivo inicial do trabalho com a paciente foi dar solução à queixa formulada por ela: a obesidade e a necessidade de emagrecimento. O contexto da queixa incluía o limite que ela colocava para as pessoas e para si, pois deixava que os outros decidissem sobre sua vida, muitas vezes impondo-lhe suas vontades. Essa ausência de limites aos outros, ela o estendia também a si, com relação principalmente à comida, que, muitas vezes, era ingerida sem que houvesse percepção de sabor; nas palavras dela, “eram simplesmente engolidas”.

A forma de ela se colocar no mundo é sendo engolida ou engolindo o que lhe é proposto, sem digerir e sem se ocupar com a maneira como lhe é imposto. Ela engole ou é engolida, não há meio termo, e se perde nessa

relação. O medo de ser abandonada ou de se perder não obedecendo a isso foi a forma que ela aprendeu de se colocar no mundo.

Nesta parte do trabalho, farei uma descrição de três sessões que achei significativas para a compreensão do caso. Também será apresentada a discussão dos dados obtidos por meio das técnicas utilizadas e o que essa atividade significou no tratamento com um todo.

A maneira como Cláudia se relacionava com a comida e sua falta de limites estavam associadas ao medo que ela sentia quando achava que, colocando limites nas pessoas, isso lhe traria abandono: ou ela engole as exigências ou é abandonada. Esse fato foi relatado em um atendimento, mas, por falta de tempo no momento, não houve grande aprofundamento na questão. Ela dizia que, se negasse algo, principalmente à mãe, isso seria motivo para a mãe não falar com ela por dias, o que traria muito sofrimento para Cláudia. O sentimento associado à falta de limites residia em que, se ela colocasse limites claros, perderia as pessoas que amava. A relevância de Cláudia perceber o que fazia e de marcar os limites prevaleceu nos atendimentos.

Linha da vida

Logo no segundo atendimento, propus a Cláudia fazer a atividade chamada linha da vida. Essa atividade visa poder entrar em contato com questões da infância e histórico da vida do paciente. Os momentos relatados também são simbólicos para compreender o funcionamento da paciente; ao mesmo tempo, a atividade visa manter uma ordem cronológica para a história relatada por ele.

No caso de Cláudia, foi durante essa atividade que ela falou sobre questões de sua infância com mais clareza. Exemplo disso era o fato de ter feito regime quando tinha apenas seis anos e feito regularmente sua alimentação na sala da diretora da escola, para que ela não comesse “coisas erradas”.

Aquecimento linha da vida

Dou a consigna para ela imaginar uma linha que atravessa a sala de atendimento em que estamos. Em cada passo que der, ela deve relatar em que idade está e o que está acontecendo. O único momento em que direciono a idade é anterior ao passo inicial, quando solicito que imagine sua vida intrauterina.

Peço que feche os olhos e busque, em sua imaginação ou memória, histórias de quando ela ainda estava em gestação, como estava o mundo exterior, se seus pais estavam juntos ou não, se brigavam entre si, se constituíam um casal feliz etc.

Cláudia conta que vivia em uma família feliz e que foi gerada a pedido de sua irmã, que queria uma irmãzinha para brincar. Em seu relato, ela só teria nascido para satisfazer sua irmã e assim continua a se colocar na vida. Dessa forma, Cláudia não teria vontade própria, foi criada apenas para satisfazer a vontade dos outros, no caso, a irmã.

Dramatização

Os passos seguintes, dados por ela, são marcados de acordo com sua vontade. Minha participação se limitou a fazer pequenas entrevistas em cada ponto em que ela parava e compreender o que estava acontecendo na vida dela no momento em que parou.

Ela se prende a cada detalhe, conta a vida quase de ano em ano. Chama a atenção que todos os fatos marcados são acontecimentos de pouca alegria. Marco a falta de iniciativa dela, no momento em que busca fazer algo que realmente tem vontade, que é ir para uma cidade diferente. Realiza essa vontade e mora em outra cidade. Diz-se feliz, mas retrocede. O único momento em que ela realizou sua própria vontade, a família começa a pedir que ela volte. Cláudia então começa a ficar doente com frequência, desiste de morar fora e acredita que sua mãe ficaria doente se ela não voltasse. Nesse período, Cláudia volta a engordar, chega aos 167 kg e retorna a São Paulo.

Outro fator chama a atenção: a relação entre o peso e o tempo, relatada em cada momento como um motivo de derrota ou vitória: “Aqui estava mais magra”... “Agora estou gorda de novo e triste”.

Foi importante realizar essa atividade para começar a delimitar o foco que deveria ser seguido com essa paciente. Os limites dela estavam pouco ou nada definidos, as pessoas decidiam o que ela deveria fazer ou deixar de fazer desde o início de sua vida. Nada era sua escolha ativa. Passivamente, ela aceitava e “engolia”. Também literalmente ela engolia a comida sem sentir o gosto do alimento. Como ela mesma relata ao final da atividade, “não sabia que era tanta coisa que eu fui deixando passar”... “Parece quando eu como e nem sinto o que estou comendo”.

Átomo social 1

Essa atividade foi desenvolvida em dois momentos, com finalidades diferentes. O primeiro foi no terceiro atendimento e visava obter melhor compreensão do caso e agregar material para a definição do foco de atendimento.

Especialmente para essa atividade, levei almofadas coloridas (Ver ANEXO 2 – Fotografia – Átomo Social 1) para que representassem pessoas desempenhando seus respectivos papéis. Cláudia representa sua mãe, seus sobrinhos e sua irmã com almofadas coloridas; o marido, ela decide representar com uma almofada preta.

Chama a atenção o fato de as peças serem colocadas muito próximas entre si e duas serem colocadas em cima da almofada que representava ela mesma. Apenas o marido é colocado distante e já é apresentado como membro isolado do grupo ali constituído. Os sobrinhos são colocados em cima dela, como se não houvesse distinção de limites, e sua mãe e irmã são colocadas muito próximas, com um distanciamento mínimo.

Digo para ela trocar de papel com as pessoas que colocou ali, esclarecendo que cada pessoa escolhida seria entrevistada por mim e incentivada a falar sobre Cláudia. Ou seja, quando estivesse com a almofada do sobrinho nas mãos, estaria no papel dele e assim responderia a minhas perguntas. Ela primeiro escolhe a sobrinha, depois o sobrinho, em terceiro lugar a irmã, em quarto a mãe e, em quinto e último, o marido. Na representação, quando está no papel do marido, ela, por ele, diz que Cláudia é preguiçosa, é “Maria vai com as outras, pois a mãe dela manda nela” e “só eu

sei o que é melhor para Cláudia”, mostrando que ele também conduz a vida dela – e nisso ela não coloca limites.

Todos os outros familiares a elogiam, reclamam do marido dela e dizem que a principal virtude dela é fazer tudo que eles querem, sem se importar com suas próprias atividades: “ela faz tudo para a gente, e não se importa com as coisas”.

Essa atividade mostrou novamente a falta de limites de Cláudia. Não havia ação alguma que mostrasse claramente que ela fazia aquilo por sua vontade, sem interferência de outra pessoa. Nem o casamento era por sua vontade.

Com esses dados, coletados nas atividades de linha da vida e do átomo social, traçamos um foco para os atendimentos. Esse foco foi apresentado para Cláudia, para que ela se comprometesse também com o rumo a ser seguido em seu tratamento.

Chegamos juntas à conclusão de que os limites não eram claros e que isso deveria ser algo tratado e reposicionado. Esse comportamento foi marcado também quando ela fez a linha da vida e mostrou que, quando era pequena, também ficava à mercê de sua mãe para se alimentar e decidir o que ela deveria fazer, ou deixar de fazer, em pequenos atos, como em uma simples aula de educação física.

Os atendimentos que se seguiram buscaram dar limite aos outros e a si mesma. A conduta com Cláudia foi de procurar fortalecer suas escolhas e mostrar-lhe sua força interna, para que, assim, ela buscasse entrar em contato com suas condutas e tivesse o controle sobre suas decisões.

Em alguns atendimentos a técnica de *role-playing* foi utilizada, para que ela pudesse jogar com os papéis e buscar novas condutas. Um momento representativo do atendimento com a paciente foi quando houve uma dramatização em que ela e o marido (ainda estava casados na época) tinham uma discussão. Digo para ela trocar de papel com o “marido” em alguns momentos, faço isto para marcar a postura do “marido” no momento da discussão – e quando ela volta ao seu papel repito a última frase que o “marido” havia dito, para manter o aquecimento e a dramatização. Cláudia se

coloca cada vez mais acuada na sala - pergunto o que está acontecendo e o que ela está sentindo – ela me responde que está se sentindo presa, então seguro-a com os braços de maneira que ela tenha que fazer força para se soltar. Ela hesita por alguns minutos e eu continuo segurando e causando um desconforto a ela. Então Cláudia, com força, se solta e chora bastante na sequência. – pergunto então como foi isto para ela - e ela relata que foi muito bom ver que poderia se soltar. Desse momento em diante a postura dela muda nos atendimentos.

Por ocasião do décimo atendimento, Cláudia se separa do marido, algo que ela não se sentia capaz de fazer. Sua postura muda a partir desse acontecimento. Ela se descobre como sujeito ativo de sua vida, começa uma reforma em sua casa, que ela limpa – e joga fora coisas que já não lhe serviam mais.

A paciente começa a falar diretamente sobre a comida que ingere sem notar – essa questão era tratada como pano de fundo anteriormente, a comida era apenas um sintoma da crise e Cláudia optou por trabalhar primeiro os limites externos antes de lidar com os limites da comida. Achava que era a única coisa que a fazia feliz e que tirar esse prazer seria muito imprudente e prematuro, se não obtivesse resultados no mundo exterior primeiro.

Essa elaboração também foi feita em conjunto, pois minha postura foi conduzir o atendimento sempre deixando que Cláudia participasse das escolhas e decisões de conduta do caso. Tudo ficava bastante explícito e ela se apropriava, assim, do seu tratamento.

No último atendimento, pedi a ela que escrevesse uma carta sobre o que, de todos os atendimentos, teria ficado de mais importante, e pedi que refizesse o átomo social.

Átomo social 2

Essa atividade foi desenvolvida para a análise de resultados e para a compreensão das mudanças buscadas na Psicoterapia. Para tal, são utilizadas

novamente as pequenas almofadas, para simbolizar as pessoas que fazem parte de suas relações atuais. As almofadas são dispostas pela paciente de maneira diferente da do primeiro átomo social (Ver ANEXO 3 – Fotografia – Átomo social 2) e cada uma delas é colocada em um lugar mais distante. Os sobrinhos continuam os mais próximos, porém com certa distância, e já não ficam mais em cima dela. Embora mais distanciadas, a mãe e a irmã ficam equidistantes. O ex-marido não aparece nem como membro isolado. Não há acréscimo de personagem.

Na inversão de papéis, a mãe elogia sua conduta, diz que a filha “agora está no rumo certo”; já a irmã não elogia e diz que “tudo isso não vai durar muito tempo”, referindo-se à postura mais ativa de Cláudia

Com o auxílio de uma foto, disponho então as almofadas na posição que ocupavam no átomo anterior. Pergunto a ela qual a diferença entre os dois e ela logo me responde que, no primeiro, ela via as pessoas como parte dela e, neste, “cada um tem suas vontades”. Além do mais, segundo ela, “neste há espaço, dá para conhecer outras pessoas”. Esta fala é importante para mostrar como Cláudia mudou a conduta dela inclusiva com as relações sociais dela.

Na carta que Cláudia escreve, há relatos de sua mudança de comportamento. Colocarei aqui apenas alguns fragmentos que possam ilustrar a visão da paciente sobre o tratamento:

“Ao dar início ao tratamento, eu apresentava o seguinte quadro: Não conseguia sair de casa (salvo estritas necessidades e busca de auxílio), comia compulsivamente e muitas vezes sequer sentia o gosto da comida que estava ingerindo, não conseguia impor minha vontade, aceitando as imposições de outras pessoas, não acreditava em mim e na força que tenho, não tinha nenhuma perspectiva ou qualidade de vida, não conseguia reagir e tudo me incomodava. Na verdade precisava de ajuda e sequer acreditava que eu fosse conseguir. [...] Hoje, passados alguns meses, consigo ver claramente as mudanças em todas as áreas conflitantes. A primeira mudança foi a força e persistência que me ajudou com o meu divórcio, coisa que estava tentando há muito tempo e não conseguia. Na sequência veio o fato de eu conseguir impor mais minhas vontades, fazer impor meus direitos e, o mais importante, sem culpa; cito como exemplo não ter feito a cirurgia (bariátrica). Aos poucos estou

re-aprendendo a me alimentar e vejo que não tenho que me privar de nada e sim colocar limites, sem exigir demais de mim, respeitando o meu tempo: EU CONSIGO comer pouco - coisa que nunca acreditei.”

A carta tem muitos elementos que poderiam identificar a paciente. Mantive apenas alguns parágrafos que mostram como a paciente se apropriou do tratamento e como ela conta de maneira clara a sequência de mudanças de seu comportamento.

Por fim, peço que ela me diga uma palavra síntese para o tratamento. Cláudia diz: “maravilhoso” – e sorri. Digo então que, para mim, a palavra seria “limites”. Ela concorda e me conta: “consegui colocar as cachorras para fora de casa, agora elas dormem na área de serviço. Viu, eu consegui, sabia que você ficaria orgulhosa de mim”. Respondo que gostei de saber e terminamos o atendimento.

Durante parte do processo, Cláudia buscou minha aprovação e isso fazia parte do vínculo, esta aprovação foi necessária para conseguir produzir a mudança, que era o objetivo do tratamento. Cláudia foi encaminhada para o grupo de psicoterapia e continua com a mesma terapeuta.

Esses fragmentos mostram como conduzi o atendimento a Cláudia durante o processo de Terapia Breve. A meu ver, fica claro que ela não só apresentou mudança na forma de se colocar diante de outras pessoas como também conseguiu tornar seus limites diferenciados.

Ao final do tratamento, Cláudia havia emagrecido 46 kg, seu IMC baixou para 41,9 kg/m² – embora esse índice ainda seja considerado de obesidade mórbida. Ela não estava em outro atendimento no PRATO, apenas na Psicoterapia. Por fim, eu a encaminhei para terapia de grupo, visto que não estava mais em crise como quando chegou ao PRATO. Ela continua fazendo o tratamento e perdendo peso.

8. Conclusão

Em primeiro lugar, este trabalho buscou discutir os entrelaces entre a Psicoterapia Breve e o Psicodrama. A junção dessas duas posturas mostrou-se

efetiva neste caso de atendimento de obesidade mórbida e chama a atenção para o fator de crise em que se encontram muitos pacientes portadores dessa doença.

No trabalho relatado, fica evidente que o ganho que se obtém pela associação das teorias é valioso, pois há uma mudança efetiva no comportamento da paciente. A Psicoterapia Breve só tem a contribuir com o Psicodrama clínico, oferecendo a ele foco e objetividade para a condução do trabalho de maneira efetiva, linear e adequada para situações de crise.

Outros fatores importantes, vindos da Psicoterapia Breve agregada ao Psicodrama, são o *setting* e o contrato de trabalho. Produzem um bom resultado e devem ser levados em conta quando tratamos uma psicoterapia clínica.

Todo psicoterapeuta tem um contrato de trabalho. Na Psicoterapia Breve, isso é muito importante para que o foco seja bem direcionado. Na Psicoterapia Psicodramática, o enquadre é mais flexível. O foco se perde na compreensão de que, havendo um direcionamento, a espontaneidade ficaria comprometida, ou seja, o foco, em alguns casos da Psicoterapia Psicodramática, fica perdido em função da espontaneidade. Este é um estereótipo criado por alguns psicodramatistas..

Esse fato, no entanto, não se comprova, uma vez que a mudança de comportamento é efetiva na evolução do tratamento em Psicoterapia Breve. Por isso, a junção das duas linhas psicoterápicas é bastante interessante para o desenvolvimento do papel do psicoterapeuta.

A questão norteadora deste trabalho é verificar se as diferenças entre as linhas são significativas, ou seja, se, para o Psicodrama, a forma de conduta direcionada e com objetivo pré-estabelecido seria contraditório à busca de espontaneidade e de criatividade que prega a teoria psicodramática.

A utilização das técnicas psicodramáticas pré-estabelecidas não é conflitante com a busca do Psicodrama pela espontaneidade. Pelo contrário, as técnicas contribuíram para a modificação das respostas da paciente, com o surgimento de novas respostas a situações antigas. A paciente modificou a forma de se colocar no mundo, uma vez que não queria mais “habitar” o lugar

em que estava, mas não achava forma de ocupar outro espaço. Isso caracteriza a busca pela espontaneidade criativa, pois ela modificou seu comportamento, posteriormente mantendo o comportamento modificado, adequando-o à sua realidade.

Há uma mudança efetiva de conduta da paciente que reduziu seu peso como consequência da alteração de sua relação com as pessoas à sua volta e com a comida que ela ingeria. Essa mudança foi o foco de todo o trabalho.

No caso específico do tratamento psicoterápico da obesidade mórbida, há um fator de crise que deve ser levado em conta como objetivo do trabalho, mas a busca pelo foco é subjetiva de cada paciente e deve ser desenvolvida ativamente entre paciente e terapeuta.

O tempo como fator limitante é fundamental para a postura ativa do terapeuta, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho. O foco descrito em Psicodrama e o foco da Psicoterapia Breve se encontram, considerando que o foco psicodramático é um ato de começo, meio e fim.

Já na Psicoterapia Breve, o foco está no eixo central das consultas e ele também não deve ser perdido. Há uma relação entre esses dois focos, há uma busca ativa para que os dois cumpram seus objetivos. Tanto a Psicoterapia Breve como o foco psicodramático buscam o ato com começo, meio e fim, atingindo seu objetivo ao final do tempo proposto, ou seja, que a busca pelo término da atividade com satisfação dos desejos primários seja realizada.

Há limites da Psicoterapia Breve para o tratamento de obesos, no entanto. Em se tratando de obesidade mórbida, há necessidade de resultados em um curto período de tempo, compreendendo que esse paciente vive um momento de crise. Quando o paciente sai da crise, torna-se um paciente obeso e o tratamento dado a ele deve ter outra característica e outro foco. Nesses casos, percebe-se que o tratamento em Psicoterapia Breve deve ser efetivo para o momento da crise e continuando o tratamento com acompanhamentos regulares. Como o objetivo de um tratamento ao obeso é o emagrecimento, ter um atendimento com foco estabelecido é algo adequado e pode ser uma conduta adotada pelo terapeuta para tratar o caso.

Vale salientar que a Psicoterapia Breve tem grande produtividade quando se trata de paciente com características psíquicas adequadas para o tratamento. O paciente deve apresentar, de um lado, capacidade de lidar com a angústia e, de outro, uma boa compreensão de si. No caso de Cláudia, a boa compreensão de si se dava quando ela tinha *insight* a respeito de sua vida e da forma que se colocava no mundo. Se não houvesse essa compreensão, ela não teria mudado seu comportamento em um curto período de tempo, como aconteceu.

As teorias se complementam. Havendo integração maior entre as duas, haverá benefício para o paciente e para o terapeuta, que irá trabalhar com mais efetividade, obtendo maior clareza daquilo com que está lidando – e estimando melhor qual o trabalho a ser feito com aquele determinado paciente.

Em vários protocolos de casos apresentados por Moreno, tais como Protocolo do caso Bárbara, Protocolo do caso Hitler, protocolo do caso Marie, Protocolo do caso Robert e Protocolo de Casal, é clara a constatação de que os atos relatados têm estrutura semelhante à da Psicoterapia Breve, pois neles há foco e objetivo a ser buscado. Mesmo que a proposta de Moreno não seja de trabalho em Psicoterapia Breve, esse fato deve ser levado em consideração para uma discussão posterior.

9 .Bibliografia

AGUIAR, Moysés. O Teatro Terapêutico: escritos psicodramáticos. Campinas, SP: Papirus, 1990

ALMEIDA, Wilson Castelo. Psicoterapia Aberta o metodo do psicodrama, a fenomenologia e a psicanálise. São Paulo, SP: Ágora, 2006.

BUSTOS, Dalmiro Manuel. O Psicodrama: aplicações e técnica psicodramática. Tradução de Lucia Neves e colaboradores. São Paulo, SP: Summus; 1982.

BUSTOS, Dalmiro Manuel. Novos rumos em Psicodrama. Tradução de Maria Alice F. Abdala. São Paulo, SP: Ática; 1992.

CONTRO, Luiz Veredas da pesquisa psicodramática entre pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção. Revista Brasileira de Psicodrama, Federação Brasileira de Psicodrama, vol. 17. n 2, pp.13 a 24. São Paulo, SP, 2009

CUKIER, Rosa. Palavras de Jacob Levy Moreno: Vocabulário de Citações do Psicodrama, da Psicoterapia de Grupo, do Sociodrama e da Sociometria. São Paulo, SP: Ágora; 2002.

CUKIER, Rosa. Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente. São Paulo, SP: Ágora; 1992

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. Psicoterapia Breve, abordagem sistematizada de situações de crise. São Paulo,SP: Ágora; 1997

FIORINI, Héctor J. Teoria e Técnica de Psicoterapia. Tradução de Carlos Sussekind. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves, 1976.

GONÇALVES, Camila Salles, WOLFF, José Roberto e ALMEIDA, Wilson Castelo de. Lições de psicodrama de J.L. Moreno. São Paulo, SP: Ágora, 1988.

HEGENBERG, Mauro. Psicoterapia breve - Coleção clínica Psicanáltica/dirigida por Falvio Ferreira de Carvalho Ferraz- São Paulo SP: Casa do Psicólogo, 2010.

KAHN, Michel Freud Básico: pensamentos psicanalíticos para o século XXI trad: Luiz Paulo Guanabara- Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2010.

- KAUFMAN, Arthur e col. O obeso no Prato. São Paulo, SP: Segmento Farma, 2005.
- KAUFMAN, Arthur . Teatro pedagógico: Bastidores da iniciação medica, São Paulo,SP: Ágora; 1992.
- KNOBEL, Ana Maria O vínculo terapêutico possível. *In* Momento, Revista del instituto de Psicodrama J. L. Moreno. Bueno Aires (1) N.(1) 1994.
- MENEGAZZO, Carlos Maria. e col. Dicionario de psicodrama e sociodrama São Paulo, SP, Ágora, 1992.
- MORENO, Jacob Levy. El teatro de la espontaneidad. Buenos Aires: Ag, Editorial Vancu, 1977.
- MORENO, Jacob Levy. Psicodrama. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo, SP: Cultrix, 1975.
- MORENO, Jacob Levy. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama. Campinas, SP: Livro Pleno, 1999.
- MONTEIRO, André Mauricio. Compreensão da intersubjetividade com conceitos de tele e transferência: escolhas paradigmáticas. Revista Brasileira de Psicodrama, Federação Brasileira de Psicodrama, vol. 13. n 2. São Paulo: 2005; pp.59 a 78.
- NERY, Maria da Penha. Epistemologia da socionomia e o psicodramatista pesquisador. Revista Brasileira de Psicodrama, Federação Brasileira de psicodrama, vol. 15. n 2, pp.79 a 91. São Paulo: 2007.
- SANTOS, Manoel Antônio dos. Você tem fome de que? : Grupoterapia nos transtornos alimentares. Rev. SPAGESP, v. 2, n. 2, Ribeirão Preto, SP. 2001.
- SCHOUERI, Patrícia de C.L e ZOPPE, Eva Helena C.C., *in* Psiquiatria básica/ Mario Rodrigues Louzã Neto, Helio Elkis e col. Porto Alegre, RS: Art. Med., 2007.
- TRAVADO, Luzia e col. Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *In* Análise Psicológica (2004), 3 (XXII): 533-550.

TURATO, Egberto Ribeiro. Tratado da Metodologia da pesquisa clínico - qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ANEXOS

ANEXO 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐
- DATA NASCIMENTO.:/...../.....
- ENDEREÇO:.....Nº.....APTO:.....
- BAIRRO:.....CIDADE:
- CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....
-

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : Psicodrama e obesidade: estudo de caso
- PESQUISADOR : .Ana Luiza S. Fanganiello
- CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga em capacitação INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº .06/94360.
- UNIDADE DO HCFMUSP: PRATO..
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- | | | | |
|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| RISCO MÍNIMO | X | RISCO MÉDIO | ☐ |
| RISCO BAIXO | ☐ | RISCO MAIOR | ☐ |
- 4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 30 atendimentos .

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa, a partir do Psicodrama e da Psicoterapia Breve correlacionados, fazer uma análise-relato clínico para a compreensão e o estudo de formas para trabalhar com a obesidade.

2 – Os atendimentos foram individuais focais, com o objetivo de trabalhar questões relacionadas à obesidade. Não houve risco ou dano à saúde do paciente.

3 – Trata-se de uma pesquisa em Psicologia, não havendo necessidade de procedimentos médicos, como coleta de sangue por punção periférica da veia do antebraço nem exames radiológicos.

4 – O paciente tem como benefício direto a psicoterapia para autoconhecimento e busca de fortalecimento de suas relações sociais.

6 – O paciente pode optar por atendimentos com nutricionistas e educadores físicos disponíveis no Programa PRATO, na mesma instituição IPQ, no Hospital das Clínicas.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Arthur Kaufman, cujo endereço é Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, telefone 3069-6576. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442, ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX 3069-6442 ramal 26 – ou e-mail cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11 – Despesas e compensações: não há pagamento de despesas pessoais para o participante nem qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer

despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Psicodrama, psicoterapia breve e obesidade, estudo de caso”.

Discuti com a pesquisadora Ana Luiza Fanganiello sobre a minha decisão de participar desse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual:

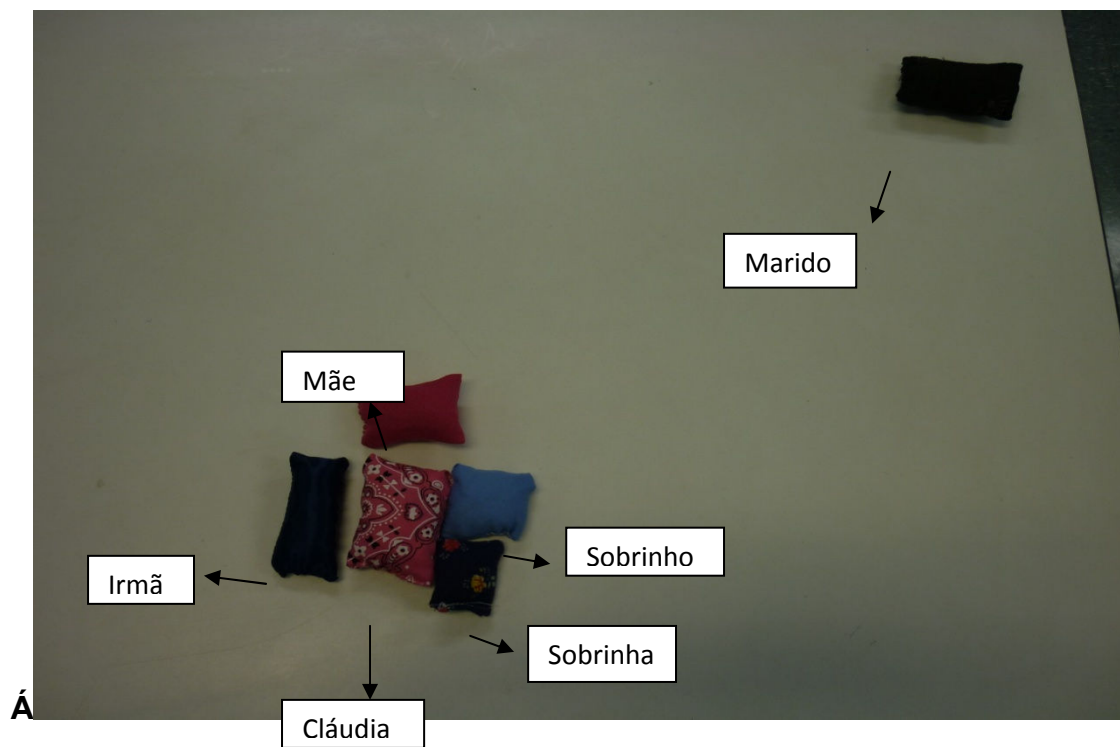
(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO 2

Fotografia – Átomo social 1



ANEXO 3

Fotografia – Átomo social 2

