

Psicoterapia Psicanalítica de Crianças Realizada em Instituição: Dados Empíricos

Children Psychoanalytical Psychotherapy Realized in Institution: Empirical Data

Marina Bento Gastaud*

Luciane Maria Kruse*

Milene Gonzalez Merg*

Maria Lúcia Tiellet Nunes**

Resumo: Há, atualmente, necessidade de obtenção de dados empíricos que embasem a prática psicoterapêutica, objetivando viabilizar a criação de uma psicoterapia baseada em evidência. O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil das crianças que buscam psicoterapia psicanalítica em instituição quanto às variáveis sócio-demográficas e clínicas e levantar dados sobre o tipo de atendimento prestado em instituições de atendimento psicológico. Foram pesquisados prontuários de todas as crianças que buscaram atendimento no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT) desde sua fundação em 1997. Entraram na análise os prontuários de crianças que já haviam deixado a instituição. Das 685 crianças que procuraram o CIPT, 550 foram encaminhadas para psicoterapia. Encontrou-se maior prevalência de meninos, no início da vida escolar (1ª e 2ª séries), que moram com ambos os pais, em Porto Alegre. A maior fonte de encaminhamentos é a escola e a maior parte das crianças não faz uso de psicofármacos ao chegar a tratamento. O abandono é o desfecho mais prevalente de tratamento para a presente amostra e apenas 9,3% das crianças deixam a instituição com alta. Comportamento agressivo é o principal motivo de consulta alegado por pais, triadores e terapeutas. Há um aumento da procura no mês de Junho e uma queda entre Dezembro de Fevereiro. Os resultados são discutidos à luz de demais achados nacionais e internacionais. Espera-se que, ao conhecer melhor o tipo de atendimento prestado em instituições, os profissionais possam

* Mestranda em Psicologia Clínica pela PUCRS no Grupo de Pesquisa 'Formação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica'. Endereço para correspondência: marinagastaud@hotmail.com

** Doutora em Psicologia – Tratamento e Prevenção pela Freie Universität Berlin, professora titular da PUCRS.

estar mais preparados para atender a demanda atual de crianças em atendimento e possam criar técnicas de intervenção direcionadas especificamente à população atual, a fim de evitar os altos índices de abandono de tratamento e amenizar o sofrimento infantil.

Abstract: Actually, it is necessary to obtain empirical data that serve as a base for psychotherapeutic practice, aiming to create a evidence based psychotherapy. This study aimed to delineate the profile of children who search for psychoanalytical psychotherapy in institution as for socio-demographic and clinical variables, and to raise data about the kind of treatment realized in psychological attendance institutions. Records from all children that searched for treatment at Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT) since its foundation in 1997 were analyzed. Only the records from children who had already left the institution got into the analysis. Among 685 children that arrived at CIPT, 550 were leaded for psychotherapy. There was a high prevalence of boys, at the beginning of scholastic age (1st and 2nd grades), living with both parents, at Porto Alegre. The bigger source of derivations for psychotherapy is the school and most of the children were not using psychic medication when searched for treatment. Dropout is the most prevalent disclosure of treatment, only 9.3% of children were discharged from their therapies because the treatment had ended. Aggressive behavior was the main reason for consultation cited by parents and therapists. The demand raises in June and falls between December and February. The results are discussed through other national and international findings. There is a hope that, by knowing better the kind of treatment realized in institutions, professionals can be more prepared to attend the actual demand of children in treatment and can create intervention techniques specifically directed to actual population, aiming to avoid the high indices of treatment dropout and to soften infantile suffering.

Palavras-chave: Psicoterapia psicanalítica; Crianças; Instituição.

Keywords: Psychoanalytical psychotherapy; Children; Institution.

Introdução

Atualmente, há crescente discussão no meio clínico e científico sobre a necessidade de obter dados empíricos que fundamentem o processo psicoterapêutico e comprovem sua efetividade ou eficácia, tornando a necessidade de realizar pesquisas em psicoterapia inquestionável hoje em dia. Ademais, a psicoterapia se mostra como uma opção confiável para grande parte dos pacientes e a permanente demanda existente para este tipo de tratamento justifica o aumento no número de pesquisas nesta área.

De fato, nas últimas três décadas, tornou-se mais consistente o processo de avaliação empírica dos pressupostos psicoterapêuticos, possibilitando a criação de tratamentos dirigidos conforme conhecimentos científicos alicerçados por revisões sistemáticas e técnicas meta-analíticas, o que se denominaria *psicoterapia baseada em evidência* (Parry, 2000).

Mesmo assim, ao contrário do que ocorre com pesquisas em psicoterapia realizadas com adultos, os estudos de saúde mental realizados com crianças são escassos, sendo que a maior parte dos dados colhidos nesta área se refere à população escolar. No entanto, sabe-se que a magnitude dos problemas de saúde mental em crianças no mundo é de grande importância: há dados sobre a prevalência de transtornos mentais de 32% na população infantil norte-americana, de 33,8% na população infantil do Canadá, 16% nas crianças de Porto Rico e entre 19 e 34% nas crianças do Brasil (Linna & Moilanen, 1994; Liu, Kurita, Guo, Miyake, Ze & Cao, 1999). A partir de estudo recente (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004), Nunes, Silva, Deakin, Dian e Campezzato (2006) estimaram que 10% da população de Porto Alegre entre zero e nove anos de idade precisariam de atendimento especializado em saúde mental.

Pela importância destes números, faz-se necessário traçar o perfil das crianças que sofrem de algum tipo de problema mental, visando buscar medidas de trazer estas crianças para psicoterapia e preparar melhor os profissionais que irão atendê-las. Os terapeutas em formação precisam voltar sua atenção para a demanda atual de crianças, avaliar as causas

de uma possível mudança nesta demanda ao longo do tempo e direcionar seus estudos para medidas específicas de tratamento para estes pacientes.

Apenas pequena porcentagem das crianças que requerem atenção de profissionais de saúde mental é realmente levada a consultar por seus pais: dados nacionais e internacionais estimam uma flutuação entre 6,6% e 49,1%, e uma média de 20% (Dulcan, 1996; Montenegro & Guajardo, 2000). Possivelmente o alto custo financeiro de tratamentos psicoterapêuticos está relacionado com esta defasagem entre a alta prevalência de sofrimento psíquico e a procura por atendimento. As psicoterapias realizadas em instituições aparecem como uma saída para este impasse, pois geralmente oferecem tratamentos mais acessíveis do ponto de vista financeiro. Mostra-se relevante, portanto, a realização de pesquisas com crianças que buscam tratamento psicológico em instituições, a fim de facilitar o acesso destas crianças à psicoterapia e auxiliar os profissionais a compreender quais são as necessidades desta população que procura atendimento.

Apesar das evidências levantadas por estudos nacionais e internacionais, faltam pesquisas regionais que especifiquem o perfil das crianças que sofrem de transtornos mentais, bem como das que procuram psicoterapia como forma de ajuda. Não obstante, há uma disparidade entre os tipos de serviço prestados pelas instituições e a clientela que as procuram, tendo em vista que as clínicas-escola (principais instituições prestadoras de serviços de psicoterapia à população em geral) foram organizadas de acordo com as necessidades e possibilidades dos profissionais existentes e não, necessariamente, segundo demandas da população a ser atendida (Barbosa & Silveira, 1994; Calejon, 1995). Para amenizar esta disparidade, faz-se necessário traçar o perfil específico da população atendida nestas instituições e levantar dados sobre os tipos de atendimentos prestados especificamente em instituições. Os objetivos deste estudo são, portanto: 1) traçar o perfil das crianças que buscam psicoterapia psicanalítica em instituição quanto às variáveis sócio-demográficas e clínicas e 2) levantar dados sobre o tipo de atendimento prestado especificamente em instituições de atendimento psicológico.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo, a partir de material documental arquivado sobre atendimento psicanalítico de crianças.

A pesquisa foi realizada no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (Contemporâneo)¹. Foi incluída na análise a *totalidade* dos prontuários de crianças que procuraram atendimento psicoterápico no Contemporâneo desde a sua fundação (1997) e que terminaram seus atendimentos até dezembro de 2007. Considerou-se criança “a pessoa com até 12 anos incompletos”, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Art. 2º, 1990 (2000). Foram excluídos aqueles prontuários referentes à segunda procura por atendimento do mesmo paciente em outro momento.

O banco de dados foi composto no SPSS 13 a partir de um formulário contendo as variáveis sócio-demográficas e clínicas extraídas dos prontuários.

As variáveis de interesse foram definidas conforme os critérios listados:

- Sexo, idade, configuração familiar, escolaridade, cidade em que mora a criança e fonte de encaminhamento, data da procura por atendimento: definidos conforme constante na ficha do paciente, de acordo com informações postuladas pelos pais ou responsáveis pela criança.
- Motivo de consulta: definido conforme descrição dada: a) pelos pais/responsáveis na triagem ou ao preencherem a ficha de contato inicial nas instituições, b) pelo profissional que realizou a triagem daquele paciente ao preencher a ficha de avaliação na chegada do paciente à instituição e c) pelo terapeuta responsável pelo caso ao preencher o roteiro de avaliação psicológica do paciente. Foram coletadas e transportadas ao banco de dados as três primeiras queixas fornecidas em cada um desses momentos. As informações referentes ao motivo de consulta foram

¹ O Contemporâneo é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicanálise que forma especialistas em psicanálise de crianças reconhecidos pelo CFP e ABEP. A instituição conta com um ambulatório que atende a população de baixa e média renda por um valor mais acessível do que geralmente é cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nesta instituição não têm prazo limite para o término (término aberto) e contam com a frequência semanal estipulada pelo paciente e pelo terapeuta no início do atendimento. Os honorários dos atendimentos são determinados pelo terapeuta em conjunto com seu paciente, a partir de um valor mínimo estipulado pela instituição.

armazenadas conforme o registro no prontuário. Para classificação desta variável foram utilizadas, via análise clínica de cada paciente, as escalas de comportamento internalizante, externalizante, neutra e social do *Child Behavior Check-List (CBCL), Syndrome Scale 6-18*². Tal análise foi realizada por um grupo de juizes que, através de um entendimento clínico das queixas constantes no banco de dados, categorizou cada paciente dentro das possibilidades propostas pelo CBCL.

- Tempo de consulta: conforme informação fornecida pelo terapeuta da criança ao encerrar o atendimento, constante nos prontuários.
- Término do tratamento: definido conforme informação constante nos prontuários. Quando os terapeutas não expressavam objetivamente um desfecho claro, as informações foram interpretadas a partir dos dados presentes nos prontuários a respeito da evolução do caso de acordo com as seguintes definições (Gastaud & Nunes, no prelo):
 - 1) Não-aderência: o atendimento é interrompido na fase de avaliação da psicoterapia, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes ou em situações em que não há indicação de tratamento. Entende-se que a avaliação tenha duração de 1 mês.
 - 2) Abandono: a psicoterapia é encerrada antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independente do fato da decisão ter sido uni ou bilateral. O atendimento deve ter tido duração mínima de 1 mês para o paciente ser considerado abandonante.
 - 3) Alta: a psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos.

² As escalas utilizadas compreendem: 1)Ansiedade/Depressão (choros, medos, não se sente amado, etc), 2)Retraimento/Depressão (tímido, triste, prefere ficar sozinho, etc), 3)Queixas Somáticas (tontura, cansaço, náusea, dor de cabeça, etc), 4)Problemas de Relacionamento (não se dá bem com as pessoas, dependente, pessoas implicam com ele, etc), 5)Problemas do Pensamento (ouve vozes, vê coisas, comportamentos estranhos, etc), 6)Problemas de Atenção (não se concentra, muito agitado, devaneios, etc), 7)Comportamento Desafiador/Opositor (vandalismo, roubos, mentiras, etc), 8)Comportamento Agressivo (brigas, gritos, discussões, etc) e 9)Problemas de Aprendizagem (repetência, dificuldade em alguma disciplina, etc).

Ao procurar o Contemporâneo, os responsáveis pelas crianças assinam um termo de autorização, permitindo que os dados de atendimento sejam utilizados para fins científicos e de ensino. Os pacientes que porventura não concordaram em assinar o termo de autorização foram atendidos em psicoterapia da mesma forma pela instituição, mas não fizeram parte da pesquisa.

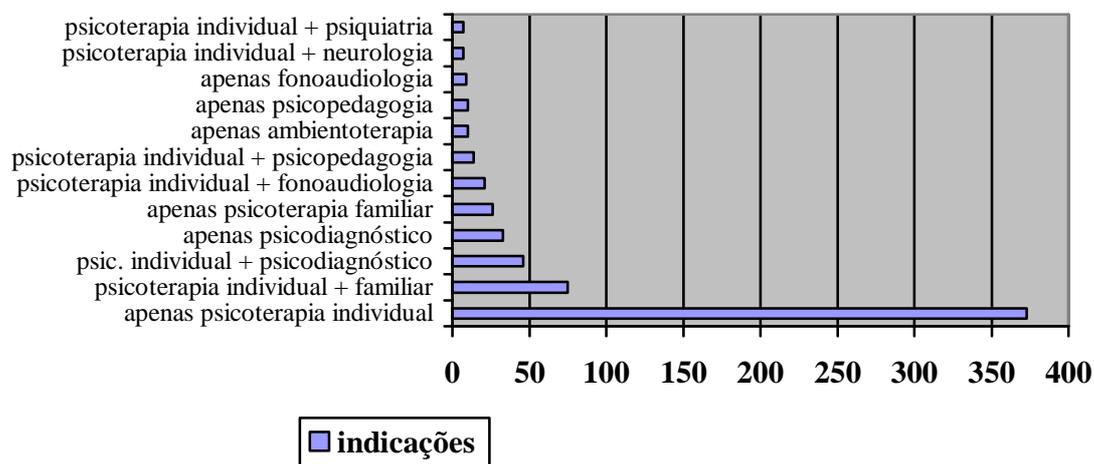
A análise dos dados foi realizada no programa estatístico SPSS 13. Para caracterização da amostra, todas as variáveis de interesse foram analisadas em termos de levantamento (frequências e porcentagens).

Resultados

A amostra foi composta por 685 crianças – número total de crianças que buscaram atendimento no Contemporâneo e terminaram seus tratamentos até dezembro de 2007.

O Gráfico 1 mostra a distribuição da amostra quanto aos encaminhamentos na triagem. Percebe-se a maior prevalência de indicações para psicoterapia individual.

Gráfico 1: Principais indicações de tratamento às crianças que chegam ao CIPT



Quanto à data da procura por atendimento, os Gráficos 2 e 3 demonstram um aumento da demanda para psicoterapia no mês de Junho. Em Dezembro, Janeiro e

Fevereiro a procura cai consideravelmente. Na instituição pesquisada, houve um aumento no número de casos no ano de 2004.

Gráfico 2: Relação mensal das triagens realizadas no CIPT

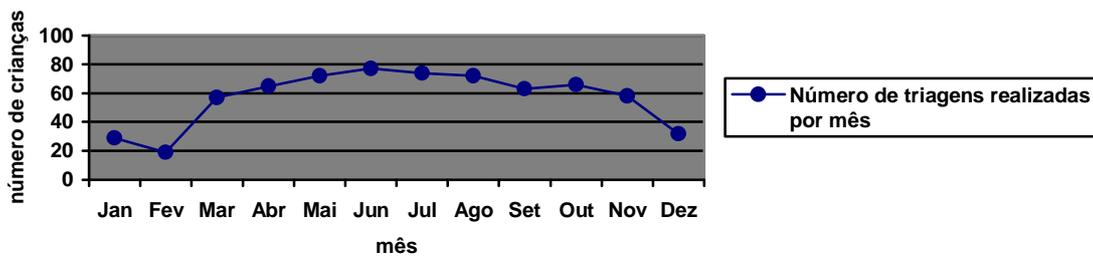
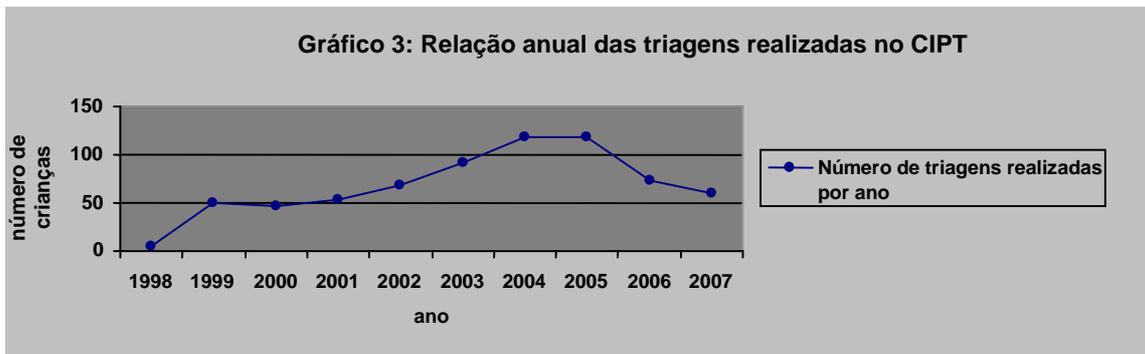


Gráfico 3: Relação anual das triagens realizadas no CIPT



Excluindo as crianças que não foram encaminhadas para psicoterapia, a amostra desse estudo correspondeu a 550 pacientes.

A Tabela 1 mostra a caracterização da amostra quanto às características sócio-demográficas. Percebe-se que a maior parte das crianças que buscam atendimento são do sexo masculino (66,9%), em idade escolar (entre 7 e 9 anos de idade), cursando as séries iniciais do ensino fundamental. 81,6% mora em Porto Alegre. Na configuração familiar, a maior parte (45,5%) mora com ambos os pais. Poucas crianças (2,6%) moram apenas com o pai e afastadas da mãe. Constatou-se um índice de 4,9% de crianças adotadas. A média de idade foi de 7 anos e 7 meses no momento da procura e a moda foi de 7 anos e 11 meses.

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas

	N	%
Sexo		
Masculino	368	66,9
Feminino	182	33,1
Idade		
Até os 3 anos	17	3,0
4 – 6 anos	112	20,4
7 – 9 anos	258	46,9
10 – 12 anos	163	29,7
Escolaridade		
Berçário/Creche/Maternal	17	3,1
Pré-escola	56	10,2
1ª. Série	97	17,6
2ª. Série	97	17,6
3ª. Série	65	11,8
4ª. Série	49	8,9
5ª. Série	39	7,1
6ª. Série	10	1,8
7ª. Série	1	0,2
Não está na escola	3	0,5
Não consta	116	21,1
Cidade onde mora		
Porto Alegre	449	81,6
Alvorada	27	4,9
Viamão	21	3,8
Canoas	14	2,5
Gravataí	11	2,0
Esteio	4	0,7
Cachoeirinha	4	0,7
Outras	16	3,0
Não consta	4	0,7
Com quem mora		
Ambos os pais	250	45,5
Apenas mãe	119	21,6
Mãe e padrasto	51	9,3
Apenas avós	24	4,4
Ambos os pais e avós	14	2,5
Apenas pai	7	1,3
Pai e madrasta	7	1,3
Tios	6	1,1
Abrigo	6	1,1
Pai e avós	3	0,5
Outros	12	2,2
Não consta	5	0,9
Adotado		
Sim	27	4,9
Não	523	95,1

Os resultados das frequências quanto às variáveis clínicas são demonstrados na Tabela 2. A maior fonte de encaminhamento (39,6%) é a escola, seguida da procura por

iniciativa de um dos pais (17,1%). Percebe-se que psicólogos particulares também são grande fonte encaminhadora para instituição (7,6%), assim como neurologistas (6,5%). 9,5% estavam medicadas no momento da triagem e 16,0% já havia consultado com neurologista antes de procurar atendimento psicoterapêutico.

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto às características clínicas

	N	%
Encaminhamento		
Escola	218	39,6
Pais	94	17,1
Psicólogo	42	7,6
Neurologista	36	6,5
Outra instituição	22	4,0
Pediatra	20	3,6
Outro familiar	15	2,7
Conselho Tutelar	13	2,4
Psiquiatra	9	1,6
Pedagogogo	7	1,3
Assistente social	5	0,9
Outros médicos	5	0,9
Fonoaudiólogo	3	0,5
Outros	30	5,5
Não consta	31	5,6
Medicação*		
Sim	52	9,5
Não	472	85,8
Não consta	26	4,7
Psiquiatra**		
Sim	31	5,6
Não	486	88,4
Não consta	33	6,0
Neurologista**		
Sim	88	16,0
Não	433	78,7
Não consta	29	5,6
Fonoaudiólogo***		
Sim	32	5,8
Não	317	57,6
Não consta	201	36,5
Pedagogo***		
Sim	21	3,8
Não	344	62,5
Não consta	185	33,6

* O paciente já estava tomando alguma medicação psiquiátrica ou neurológica no momento da triagem?

** O paciente já havia passado por alguma dessas modalidades de tratamento no momento da triagem?

*** O paciente estava em tratamento fonoaudiológico ou pedagógico no momento da triagem?

A Tabela 3 demonstra a evolução de tratamento das crianças atendidas em psicoterapia. Há predomínio de abandono de tratamento (44,9%) como desfecho: a maior parte dos abandonos ocorre entre o primeiro e o sexto mês de atendimento (27,6%). Mostra-se considerável a porcentagem de atendimentos restritos à triagem (13,1%) ou que abandonam no período de avaliação (14,9%), pacientes descritos como não aderentes (28%).

Há um número alto de dados incompletos ou não preenchidos nos prontuários, impossibilitando estabelecer o desfecho de 17,8% dos casos.

Tabela 3: Evolução de tratamento das crianças atendidas em psicoterapia

Evolução	n	%
Término do atendimento		
Não aderência	154	28,0
Abandono	247	44,9
Alta	51	9,3
Não consta	98	17,8
Tempo de atendimento		
Apenas triagem	72	13,1
Menos de 1 mês	82	14,9
Entre 1 e 6 meses	152	27,6
Entre 7 e 12 meses	57	10,4
Entre 13 e 24 meses	54	9,8
Entre 25 e 36 meses	18	3,3
Mais de 37 meses	13	2,4
Não consta	102	18,5

A Tabela 4 ilustra as razões alegadas para interromper o tratamento. A maior parte das interrupções ocorreu por questões do paciente. Nesse estudo, foi considerado motivo de resistência – logo, questões do paciente – quando este simplesmente se retira do tratamento sem comunicar ao terapeuta ou não apresenta qualquer justificativa para interromper o atendimento.

Tabela 4: Razões alegadas para término do tratamento

	n	%
Paciente		
Paciente não justificou o abandono	127	28,8
Dificuldades financeiras	113	25,7

Responsáveis julgam que a criança não precisa mais do tratamento	113	25,7
Conseguiu atendimento gratuito em outro local	14	3,1
Optou por uma instituição mais perto da sua casa	8	1,7
Mudança de cidade	7	1,5
Responsáveis não aceitaram a indicação do terapeuta	7	1,5
Incompatibilidade de horários	6	1,3
Não retornou após as férias do terapeuta	6	1,3
Insatisfação com a instituição	5	1,0
Interrupção temporária	5	1,0
Outros	5	1,0
Interrupção por doença	4	0,8
Dificuldade dos pais em trazer o filho devido à distância	2	0,4
Terapeuta		
Terapeuta se desligou do ambulatório e paciente não aceitou encaminhamento	6	1,3
Dificuldades do terapeuta	2	0,4
Instituição		
Mudança nas regras do ambulatório	8	1,7
Paciente encaminhado a outro local	7	1,5
Encaminhado para outra modalidade de tratamento	2	0,4

A Tabela 5 mostra os principais motivos de consulta alegados pelos responsáveis, triadores e terapeutas.

Tabela 5: Motivos de consulta apresentados pelos responsáveis, triadores e terapeutas

Queixas	n	%
Comportamento agressivo	102	18,5
Ansiedade/Depressão	89	16,2
Dificuldades de aprendizagem	85	15,5
Problemas de atenção e hiperatividade	82	14,9
Dificuldades de relacionamento	65	11,8
Retraimento/Depressão	38	6,9
Comportamento desafiador/opositor	38	6,9
Queixas somáticas	29	5,3
Problemas de pensamento	14	2,5
Não consta	8	1,5

Percebe-se que a maior parte das crianças é levada a consultar por apresentar comportamento agressivo (18,5%). Ansiedade/depressão e dificuldades de aprendizagem também são queixas bastante prevalentes na presente amostra.

Discussão

O estudo sobre o perfil da população atendida nas clínicas-escola é um importante instrumento para auxiliar o profissional e a instituição a conhecer e definir estratégias terapêuticas que mais se adéquem ao atendimento de seus pacientes.

A análise do Gráfico 1 chama atenção para resultados importantes, uma vez que mostra uma diversidade de indicações de tratamento para as crianças que chegam ao CIPT, apontando a psicoterapia individual como primeira indicação da triagem, a psicoterapia individual e familiar como segunda e a psicoterapia individual e o psicodiagnóstico, como terceira opção de indicação de atendimento. Os dados sugerem que a psicoterapia individual é a mais realizada em função das queixas apresentadas, sendo o comportamento agressivo o principal motivo de encaminhamentos. A psicoterapia individual com crianças coloca um espaço para que esta se deixe tomar sob a influência do seu brincar, o qual constitui um dos meios de sua expressão, além da fala (Catarina, 1998). Deakin (2008) aponta a efetividade da psicoterapia com crianças na resolução ou diminuição de sintomas. Mesmo considerando a adequação da indicação, percebe-se que ainda é pouco utilizada a modalidade transdisciplinar de tratamento e de compreensão dos sintomas, já que as cinco indicações mais prevalentes no momento da triagem englobam apenas profissionais da área da psicologia (psicoterapias e psicodiagnóstico). Parece importante pensar em formas de integrar os tratamentos desde o princípio, aumentando os encaminhamentos para tratamentos combinados e transdisciplinares.

Quanto ao ano da procura por atendimento, observado no Gráfico 3, salienta-se que o estudo limitou-se a pesquisar pacientes que já haviam deixado a instituição. Portanto, o declínio da linha do gráfico depois do ano de 2005 possivelmente está relacionado não a uma diminuição na procura por atendimento, mas ao fato de muitos pacientes que procuraram atendimento recentemente ainda encontrar-se em atendimento, não compondo a amostra. A baixa procura nos meses de Dezembro, Janeiro e Fevereiro possivelmente se explica por compreender o período de férias escolares, já que a escola mostrou-se a principal fonte de encaminhamento na psicoterapia de crianças.

Com relação à Tabela 1, que se refere à distribuição da amostra quanto às características sócio-demográficas, foram analisados o sexo, a idade, a escolaridade, a cidade onde mora, com quem o paciente mora e se a criança foi adotada ou não.

A análise referente ao sexo demonstrou que a maior busca de atendimento provém do sexo masculino, cuja frequência é de 66,9% em relação ao sexo feminino; ou seja, 2/3 das crianças que chegam a tratamento são do sexo masculino. As hipóteses levantadas para esta incidência relacionam-se ao comportamento diferenciado esperado para meninos e meninas (Hales & Yudofsky, 2006). A ordem e a inibição de comportamentos agressivos são respostas tipicamente femininas aprendidas durante a fase inicial da escolaridade (Sadock & Sadock, 2007), enquanto as travessuras e o uso da força física são comportamentos mais comumente esperados em meninos e é pouco provável que sejam punidos quando os manifestam (Hales & Yudofsky, 2006).

Por isso, pode-se antecipar que os meninos terão mais dificuldades de se adaptar ao ambiente escolar, sendo objeto de desaprovação dos professores e recebendo mais encaminhamentos para atendimento psicológico do que as meninas. Conforme Santos (1990), as queixas escolares na verdade podem também estar encobrindo queixas de ordem emocional e social e parecem ser de fato as responsáveis pela ida de um maior número de meninos à clínica.

Com relação à faixa etária encontrada na Tabela 1, a maior concentração de crianças encontra-se entre os primeiros anos de escolarização. Dados nacionais foram sistematizados por Levandowski (1998), a qual examinou 18 artigos que descreveram a clientela das clínicas-escola e centros de saúde, especialmente no estado de São Paulo. A autora encontrou que a maior frequência de encaminhamentos para atendimento psicológico agrupa crianças com idades entre 6 e 10 anos, encaminhadas pela escola/professores, devido a problemas de aprendizagem e/ou comportamento. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Campezzato e Nunes (2007), Marturano, Magna e Murtha (1993), Marturano, Toller e Elias (2005), Romaro e Capitão (2003), Santos (1990), Silveiras (1996) e Vanni e Maggi (2005) e os quais apontaram a maior prevalência de meninos entre a clientela infantil encaminhada para atendimento psicoterápico em clínicas de psicologia, em idade escolar, numa faixa entre os 6 e os 12 anos de idade.

A entrada na escola gera angústias em muitas crianças, pois esta é confrontada com novos problemas e desafios. O meio-ambiente da criança se expande, e ela se depara com exigências e conflitos relativos à capacidade simbólica, à separação e às habilidades

intelectuais (Castro & Nunes, 1999). Há também a relação entre as escolas e os educadores que podem apresentar dificuldades para analisar e resolver as questões de ensino desta faixa etária, atribuindo às crianças encaminhamentos para atendimento psicológico (Boarini & Borges, 1998).

Sobre a distribuição quanto à escolaridade, percebe-se que a busca está significativamente mais acentuada na primeira e na segunda série. Este dado sugere a hipótese de que, talvez, problemas emocionais só são detectados na escola; entretanto, não é fácil para o professor, sendo responsável por várias crianças, trabalhar aqueles alunos com dificuldades emocionais, que alteram a harmonia da sala de aula, conseqüentemente encaminhando-os para atendimento psicológico (Turkienickz, 1998). A maior prevalência de encaminhamentos no início da vida escolar talvez sugira que a escola esteja mais preparada para perceber dificuldades psicológicas das crianças do que os próprios pais. Parece, portanto, que muitas vezes cabe à escola a tarefa de detectar problemas emocionais das crianças, já que os alunos acabam manifestando na escola (primeira experiência concreta de aprendizagem e socialização) dificuldades emocionais instaladas previamente (Gastaud & Merg, no prelo). Salienta-se, assim, a necessidade de criar medidas que facilitem os pais a detectar problemas emocionais de seus filhos, para que estes possam perceber dificuldades psicológicas antes da entrada na escola e evitar problemas escolares e sofrimento infantil.

Quanto à cidade onde moram, observa-se que a maior parte dos pacientes que procuram atendimento reside na capital. Pelo fato da instituição encontrar-se em Porto Alegre, chama a atenção que 18,4% das crianças são provenientes de outras cidades. Tal dado denota possivelmente a lacuna de instituições de atendimento psicológico a crianças em nosso estado, fazendo com que famílias residentes fora de Porto Alegre precisem viajar às vezes longos trajetos para conseguir atendimento para seus filhos. A fim de facilitar o acesso de mais crianças a atendimento, parece inquestionável a criação de mais instituições de saúde mental de crianças em cidades que apresentam uma defasagem entre a alta demanda para atendimento e o número restrito de vagas ou lugares de atendimento.

Em relação à composição familiar, foi possível observar que houve maior freqüência de atendimentos de pacientes de famílias nucleares, compostas por pai-mãe-

filho, com um total de 45,5%, em relação a famílias compostas por apenas a mãe, com 21,6% e mãe e padrasto com 9,3 %. Nas famílias em que crianças são criadas apenas pelo pai ou apenas pela mãe, Newcombe (1999) sugere que os responsáveis apresentam maior dificuldade para cuidar das crianças e de conciliar o horário de trabalho, tendo dificuldades em levar os filhos para atendimento psicológico, o que não significa que estes não necessitem.

Os dados da Tabela 1 apontam que entre as crianças encaminhadas para atendimento na instituição, 4,9% são adotadas. A partir deste dado, as hipóteses levantadas são: ainda hoje, há uma série de dificuldades para realizar o processo de adoção em nosso país; portanto, há um menor número de crianças adotadas e um menor encaminhamento; a Segunda Vara da Infância e da Juventude de Recife (1997) refere que filhos adotivos não dão mais problemas que os biológicos. Estes dados sugerem que não há correlação entre filhos adotivos e encaminhamento para psicoterapia; entretanto, demonstram que há necessidade de haver mais profissionais adequadamente habilitados para o atendimento de crianças adotadas, capazes de atuar em consonância com a realidade e com as demandas sociais, políticas e culturais da atualidade.

Em relação às características clínicas observadas na Tabela 2, observa-se que a maior fonte de encaminhamento é a escola, com 39,6%. A alta prevalência de encaminhamentos pela escola corrobora a discussão anterior a respeito da alta procura por atendimento por crianças nas séries iniciais da escola. Alguns autores referem que se torna importante observar se os encaminhamentos são ou não de ordem psicológica. Scortegagna e Levandowski (2004) apontam que os profissionais da educação apresentam dificuldades para lidar com situações e desafios da prática diária com crianças, enfatizando explicações psicológicas para os problemas escolares. Como anteriormente discutido, Santos (1990) sugere que o problema escolar pode estar encobrindo dificuldades prévias da criança, relacionadas à sua situação familiar, que passam a ser percebidas em sala de aula, através da dificuldade de formar amizades, aderir a regras ou ajustar-se ao ambiente escolar, no qual, conseqüentemente, são realizados os encaminhamentos para acompanhamento psicológico.

Observa-se também que 17,5% das crianças atendidas foram trazidas à instituição através da procura espontânea de seus responsáveis, o que sugere que, atualmente, o serviço psicológico tem sido mais reconhecido pela população, mesmo de baixo poder aquisitivo, não sendo mais considerado como um serviço elitizado. Além da escola e da busca através dos responsáveis, os profissionais que mais encaminham para a instituição são os psicólogos (7,6%) e os neurologistas (6,5 %). Psicólogos podem encaminhar pacientes à instituição quando recebem clientes que não podem arcar com os honorários cobrados por serviços particulares, enfatizando-se, portanto, a relevância que instituições de atendimento psicológico têm na realização de políticas de saúde pública, prestando atendimento qualificado à população com menor poder aquisitivo. Crianças podem ser encaminhadas para psicoterapia pelos terapeutas de seus pais, por exemplo, o que também explicaria o alto índice de encaminhamentos por psicólogos. Neurologistas encaminham para psicoterapia, em geral, crianças com problemas de desenvolvimento com ou sem diagnóstico de problemas neurológicos, muitas vezes visando fazer um trabalho em conjunto com outro profissional. Percebe-se, assim, que a instituição pesquisada é de conhecimento dos profissionais que trabalham com saúde psicológica e que estes profissionais confiam no trabalho realizado no CIPT, encaminhando-lhe pacientes.

A Tabela 2 demonstra que a maioria das crianças atendidas na instituição (85,8 %) não faz uso de psicofármacos, Estes dados sugerem que embora estas já tenham passado por avaliação psiquiátrica (5,6%) e neurológica (16,0 %), a psicoterapia tem se mostrado eficiente no tratamento das crianças, e a medicalização não tem sido necessária.

Visto por outro lado, entretanto, 14,2% das crianças já chegam para consultar fazendo uso de alguma medicação psiquiátrica ou neurológica, o que talvez denote que outras formas de tratamento foram primeiramente priorizadas e buscadas antes da psicoterapia por esta menor, mas numerosa, parcela da amostra. Dentre os motivos de consulta mais numerosos na amostra, comportamento agressivo, ansiedade/depressão e problemas de atenção recebem alívio mais rápido com medicação do que com psicoterapia, o que talvez explique o número de crianças medicadas ao buscar psicoterapia. Psicoterapeutas de crianças precisam pensar em técnicas de intervenção mais diretas para

esses problemas, trazendo alívio mais rápido para estes sintomas, em uma tentativa de diminuir a necessidade de indicação de medicação para crianças.

Poucas crianças passaram por pedagogos (3,8%) antes de chegar à instituição, embora problemas de aprendizagem sejam a terceira maior queixa para atendimento (15,5%). Considerando que apenas 5,8% haviam passado por atendimento fonoaudiológico e 5,6% por psiquiatra antes da triagem e, na triagem, a grande maioria é encaminhada apenas para psicoterapia, percebe-se que a realização de tratamentos transdisciplinares ainda não se mostra como prática recorrente no meio clínico local.

Em relação à evolução do tratamento, a Tabela 3 demonstra que 44,9% dos pacientes atendidos abandonaram o processo antes de seu término, sendo que 28% não aderiram ao tratamento e 9,3% receberam alta. Em relação à permanência dos pacientes em psicoterapia, percebe-se que 13,1% realizaram apenas a triagem e 14,9% permaneceram menos de um mês no atendimento. A literatura aponta que no período de triagem e avaliação, os pacientes apresentam números significativos de não aderência, por serem etapas do processo de atendimento psicológico que já oferecem acolhimento, esclarecimento e indicação sobre possíveis recursos de atendimento, satisfazendo o paciente (Campezatto & Nunes, 2007). Ademais, embora preocupantes em termos de valores absolutos, as taxas de abandono encontradas no Contemporâneo estão de acordo com os índices levantados por demais pesquisas nacionais, as quais apontam para índices entre 25 e 50% dos casos, dependendo do estudo e das características do serviço (Melo & Guimarães, 2005). Devido à falta de dados em diversos prontuários, não foi possível determinar de forma contumaz as causas para abandono de tratamento. Ademais, muitos pacientes não verbalizaram nenhuma razão para abandonar o atendimento e, mesmo quando o fizeram, expressaram a razão manifesta, a qual pode muitas vezes simbolizar resistência ou quebra na aliança terapêutica. Vargas e Nunes (2003) apontam para essa dificuldade de compreender causas para o abandono, tendo em vista que na maior parte das vezes os pacientes não verbalizam nenhuma razão para o abandono do tratamento ou, quando referem, informam dificuldades financeiras.

A Tabela 4 apresenta dados sobre algumas das desistências relacionadas ao terapeuta. Entre os pacientes atendidos, 1,3 % não aceitaram o encaminhamento para um

novo terapeuta após este ter se desligado do ambulatório e 0,4 % dos casos indicaram término por dificuldades com o terapeuta. Em relação à instituição, os dados sugerem que mudanças nas regras do ambulatório e pacientes encaminhados por outro local representam respectivamente 1,7% e 1,5 % de desistência do tratamento. Na grande maioria das vezes, portanto, os abandonos de tratamentos ocorrem por questões do paciente, os quais alegam dificuldades financeiras, mudanças de cidade, problemas pessoais, problemas de saúde, etc como impeditivos para dar seguimento ao atendimento. As noções psicanalíticas de resistência, transferência negativa, fraca aliança terapêutica e reação terapêutica negativa parecem dar conta desses casos, pois explicam de forma mais profunda e verdadeira as razões latentemente desconhecidas pelos pacientes e familiares ao abandonar o tratamento. Cabe aos terapeutas, portanto, traduzir as razões manifestas para término do tratamento em compreensões latentes que compreendam as noções psicanalíticas acima expostas, já que esta tradução é a única ferramenta ao alcance do terapeuta para evitar as altas taxas de abandono. Trabalhar preventivamente com os pais também aparece como saída possível a esse impasse: a realização de entrevistas com os pais, principalmente nas fases iniciais do tratamento, talvez reduza abandonos por razões justificadas como “meu filho não necessita mais de atendimento” (25,7%) ou “não concordo com a indicação de tratamento” (1,5%). Afinal, como propôs Berger (2008), a inserção da psicanálise em um ambiente institucional - clínica de atendimento interdisciplinar – evocou o desenvolvimento de novas formas de pensar e atuar as entrevistas iniciais.

A análise da Tabela 5, sobre os motivos de consulta, demonstra que comportamentos agressivos são os principais motivos de consulta alegados pelos responsáveis. A ocorrência de comportamentos agressivos em meninos pode estar relacionado às identificações com formas masculinas ou femininas culturalmente esperados em nossa sociedade, que acabam direcionando os pais para reagirem de maneira diferenciada frente a meninas e meninos (Sadock & Sadock, 2007). Para Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005), as interações familiares hostis, contribuem para manter ou aumentar a agressividade entre seus membros, e as práticas parentais como a coerção, promovem e aumentam diretamente o comportamento agressivo das crianças (Kazdin &

Whitley, 2003). Não obstante, o estudo de Dessen e Szelbracikowski (2004) sugere que as crianças podem aprender comportamentos agressivos na escola ao conviver com pares agressivos, uma vez que no levantamento realizado através de sua pesquisa, todas as crianças examinadas foram classificadas como agressivas.

Os resultados relativos às variáveis sexo, idade, fonte de encaminhamento e motivo de consulta levantados nesse trabalho estão em consonância também com a literatura internacional. Recart, Castro, Alvarez e Bedregal (2002) realizaram uma pesquisa com crianças e adolescentes que procuraram ajuda psiquiátrica em uma instituição privada no Chile durante o ano de 1998. Encontraram uma ligeira prevalência do sexo masculino, sendo meninos todos os pacientes com menos de 3 anos. A maior porcentagem dos pacientes tinha 8 anos e foram levados espontaneamente por seus pais para atendimento (73,3%). A segunda maior fonte de encaminhamentos foi à escola (19,5%). Acharam também que “sentir-se ansioso, nervoso, tenso e inadequado” foi o principal motivo que levou estas crianças e adolescentes a consultar, seguido de “inquietação e hiperatividade” em meninos e “outro sintoma ou mal-estar que preocupa o adolescente” nas meninas. Eles encontraram também diferenças de gênero nos diagnósticos. Outro estudo, realizado por Eapen, al-Gazili, Bin-Othman e Abou-Saleh (1998) nos Emirados Árabes mostrou uma prevalência de 10,4% de transtornos mentais em população escolar com uma relação de 1,8: 1 entre homens e mulheres. Bralic, Seguel, Montenegro e Maltés (1984) estudaram crianças entre os 6 e os 11 anos de idade e encontraram que 7,2% obtinham altas pontuações para problemas de conduta, sem diferença de sexo, mas que variava inversamente ao nível socioeconômico. Os problemas de conduta se apresentavam em 8,4% das crianças de 10 e 11 anos comparado com 6,5% das crianças menores de 10 anos. Nos meninos, os problemas de conduta mais frequentes eram os relacionados com a "agressividade e a crueldade", bem como os associados a "transtornos do desenvolvimento". Nas meninas, os mais frequentes eram os de “ansiedade e depressão” e “queixas somáticas”.

Assim, percebe-se que a realidade local não difere significativamente da realidade nacional e internacional no que se refere a crianças em psicoterapia. De fato, algumas questões envolvidas na caracterização da clientela e dos atendimentos, embora tenham um

componente cultural, são em essência universais, intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento psicosssexual, às diferenças de gênero e aos conflitos psíquicos tanto das crianças quanto de suas famílias no que se refere à busca por atendimento.

De forma geral, nota-se que a categoria “não consta” assume papel significativo na ilustração das variáveis de interesse. Parece preocupante a falta de dados constantes nos prontuários, o que pressupõe a necessidade de maior fiscalização dos prontuários por parte da instituição. A falta de dados dificulta a realização de pesquisas e acaba comprometendo o atendimento clínico, já que, quando a instituição não detém as informações sobre os atendimentos, o tratamento em conjunto com outros profissionais fica comprometido, o encaminhamento para demais modalidades de tratamento fica empobrecido e o seguimento do atendimento por outros profissionais da instituição perde a continuidade do processo.

Conclusões

Há a necessidade de pensar em técnicas terapêuticas específicas para a demanda atual de crianças em psicoterapia: na sua maioria composta por meninos, em idade escolar, nas séries iniciais da escola, encaminhadas pela escola, por apresentar comportamento agressivo, morando com ambos os pais.

Torna-se imperativo pensar em medidas que reduzam as altas taxas de abandono demonstradas nesse estudo e na literatura em geral. Levanta-se a hipótese de que, à medida que for traçado o perfil das crianças que buscam psicoterapia em instituição, técnicas específicas de atendimento para essas crianças podem ser traçadas e pensadas, tornando os tratamentos mais adequados e fazendo com que as taxas de abandono decaiam em consequência. Ademais, critérios de indicação e contra-indicação de psicoterapia psicanalítica para crianças precisam ser revistos a fim de aumentar o potencial de ajuda dessa modalidade terapêutica, evitar desperdícios de tempo e dinheiro por parte dos pacientes e dos profissionais que atendem e diminuir as taxas de abandono.

Referências

Barbosa, J. I. C., & Silveiras, E. F. de M. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*, 3(11), 50-56.

Berger, D. (2008). Tratamentos psicanalíticos em instituições: demandas, intervenções e questões. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 05. Acessado em 21/09/2008. Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php

Boarini, M. L., & Borges, R. F. (1998). Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise: *Estudos de Psicologia*, 3(1), 83-108.

Bralic, S., Seguel, X., Montenegro, H., & Maltés, S. (1984). Prevalência de transtornos psíquicos en la población escolar de Santiago. *CEDEP-UNICEF*.

Calejon, L. M. C. (1995). Estudos com pacientes de clínica psicológica universitária. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psico-sociais*, 3, 235-254.

Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(3), 376-388.

Castro, M. G. K., & Nunes, M. L. T. (1999). As percepções e memórias da psicoterapia vivida na infância. Um estudo de seguimento. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 1(2), 81-98.

Catarina, C. S. (1998). O lugar da psicoterapia na vida de crianças. *Dissertação de Mestrado*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Deakin, E. K. (2008). Avaliação dos resultados de psicoterapia psicanalítica com crianças. *Tese de Doutorado*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Dessen, M. A., & Szelbracikowski, A. C. (2004). Crianças com problemas de comportamento exteriorizado e a dinâmica familiar. *Interação em Psicologia*, 8(2), 171-180.

Dulcan, M. (1996). Introduction: Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 852-85.

Eapen, V., al-Gazili, L., Bin-Othman, S. & Abou-Saleh, M. (1998) Mental Health Problems Among School children. In: United Arabs Emirates: Prevalence and Risk Factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 880-6.

Estatuto da Criança e do Adolescente. (2000) Lei Federal 8.069. Promulgada em 13 de julho de 1990. Porto Alegre: *Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente*.

Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.

Gastaud, M.B., & Merg, M.G. (no prelo) Diferenças de Sexo e Idade na Psicoterapia de Crianças. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. In press.

Gastaud, M.B., & Nunes, M.L.T. (no prelo) Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica: Em Busca de Definição. In: Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. *Dissertação de Mestrado*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Hales, R. F., & Yudofsky, S. C. (2006). Desenvolvimento normal da criança e do adolescente. In: *Tratado de psiquiatria clínica*. (pp. 79-115). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.

Levandowski, D. C. (1998). Caracterização da população atendida por clínicas-escola: breve revisão da literatura nacional. *Torre de Babel*, 5(1/2), 81-110.

Linna, S. L., & Moilanen, I. (1994) The Finnish National Epidemiological Study of Child Psychiatric Disorders. Results from prevalence screening in northern Finland. *Artic Med Res*, 53 Suppl 1, 7-11.

Liu, X., Kurita, H., Guo, C., Miyake, Y., Ze, J., & Cao, H. (1999) Prevalence and Risk Factors of Behavioral and Emotional Problems Among Chinese Children Aged 6 Through 11 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 708-15.

Marturano, E. M., Magna, J. M., & Murtha, P. C. (1993). Procura de atendimento psicológico para crianças com dificuldades escolares: um perfil da clientela. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(1), 207-226.

Marturano, E. M., Toller, G. P., & Elias, L. C. Dos S. (2005). Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 371-380.

Melo, A.P., & Guimarães, M.D. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27: 113-118.

Montenegro, H., & Guajardo, H. (2000). Capítulo 2. In: *Psiquiatria del niño y del adolescente*. 2ª. Edición, Mediterráneo.

Newcombe, N. (1999). Desenvolvimento do comportamento social na infância. In: Newcombe, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. (pp. 306-335). 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Nunes M. L, Silva, R., Deakin, E., Dian, S., & Campezzatto, P. (2006). Avaliação psicológica e indicação de psicoterapia psicanalítica para crianças. In B. Werlang, M. Oliveira (Orgs.), *Temas em Psicologia Clínica*. (pp. 29-36). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Parry, Glenys. (2000). Evidence based psychotherapy: special case or special pleading? *Evidence-Based Mental Health*, 3, 35-37.

Recart C. H., Castro, P. O., Alvarez, H. A., & Bedregal, P. G. (2002). Características de niños y adolescentes atendidos em um consultório psiquiátrico del sistema privado de salud em Chile. *Revista Médica Del Chile*, 130, 295-303.

Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade de São Fransisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Desenvolvimento Humano ao longo do ciclo vital. In: Sadock, B. J., & Sadock, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (pp. 31-84). 9ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Santos, M. A. (1990). Caracterização da clientela de uma clínica da prefeitura de São Paulo. *Arquivos brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, 42(2), 79-94.

Scortegagna & Levandowski (2004), Análise dos encaminhamentos de crianças com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. *Interações*, 9(18), 127-152.

Segunda vara da infância e da adolescência do Recife. (1997). *Adoção: primeiros passos*. Acessado em 21/7/2008. Disponível em: www.unicap.br/sofia/html/principaisduvidas

Silvares, E. F. de M. (1993). O papel preventivo das clínica-escola de psicologia em seu atendimento a crianças. *Temas de psicologia*, 2, 87-97.

Silvares, E. F. de M. (1996). É satisfatório o atendimento psicológico nas clínicas-escola Brasileiras? *Coletâneas da ANPEPP*, 1(9), 137-145.

Turkienickz, D. (1998). Fatores emocionais interferindo na aprendizagem. Publicação *CEAPIA*, 11, 148-159.

Vanni, M. G., & Maggi, A. (2005). O que demanda à psicologia na rede pública de saúde em Caxias do Sul? *Revista Psico*, 36(3), 299- 309.

Vargas, F., & Nunes, M.L. (2003). Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*, 17: 155-58.

Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. S. (2005). Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista Saúde Pública*, 39(5), 716-724.