

## ATENDIMENTOS DE UMA CLÍNICA-ESCOLA: À PRÁTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Suzana Ruppenthal da Rosa<sup>1</sup>, Marisa Marantes Sanchez<sup>2</sup> e Marjane Bernardy Souza<sup>2</sup>

**RESUMO** - Para que se possibilite a compreensão dos elementos envolvidos e o aprimoramento do atendimento à saúde mental dos indivíduos, é importante que haja estudos sobre a prática da clínica psicológica. Este trabalho tem por objetivo listar os resultados atingidos pela abordagem da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) no intervalo entre 2015/1 a 2016/1, período em que a abordagem foi implantada na Clínica-escola (C-e) da ULBRA de São Jerônimo. Para tanto, foi realizada uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, onde foi analisado o total de 36 prontuários de pacientes atendidos entre os anos de 2015/1 e 2016/1 pelos estagiários de Psicologia voltados à práxis cognitivo-comportamental. Os dados obtidos foram cruzados em tabelas do Excel (Windows 2007) e discutidos com base na literatura pesquisada. Constatamos que a maior parte da clientela (61,11%) são crianças e adolescentes do sexo masculino, mas que 100% da clientela adulta é do sexo feminino. As hipóteses diagnósticas com maior incidência são Problemas Relacionados à Educação Familiar e Transtornos de Ansiedade. Sobre os motivos para o término da terapia, o abandono mostrou-se frequente, com ocorrência principalmente nas sessões iniciais. Concluimos que trabalhar com grupos de acolhimento e grupos terapêuticos seria uma solução viável às questões de desistência e grande demanda de pacientes, além de treinar os estagiários nessa complexa modalidade de terapia.

**Palavras chave:** Clínica-escola. Teoria-cognitivo-comportamental. Resultados.

**ABSTRACT** - In order to enable the understanding of the elements involved and the improvement of mental health care of individuals it is important to have studies about the practice of psychological clinic. This study aims to list the results achieved by the approach of Cognitive Behavioral Theory (CBT) during the period from 2015/1 to 2016/1, when the approach was implemented in the Clinical School of ULBRA – São Jerônimo. A documentary, descriptive and retrospective study was carried out, in which the total of 36 medical records of patients attended between the years 2015/1 and 2016/1 were analyzed by the trainees of Psychology focused on the cognitive-behavioral praxis. The obtained data were cross-referenced in Excel tables (Windows 2007) and discussed based on the researched literature. It was found that the majority of the clientele (61.11%) are children and adolescent males, but 100% of the adult clientele is female. Problems Related to Family Education and Anxiety Disorders are the hypotheses diagnosed with higher incidence. About the reasons for the end of therapy, waiver was frequent, occurring mainly in the initial sessions. It has been concluded that working with host groups and therapeutic groups would be a viable solution to the abandonment issues and great demand of patients, besides training trainees in this complex mode of therapy.

**Keywords:** Clinic-school. Cognitive Behavioral Theory. Results.



Revista  
Ciência e Conhecimento  
Volume 11 – Nº 2 – 2017.



1. Curso de Psicologia.  
Universidade Luterana do Brasil  
– ULBRA – RS/Brasil.

**E-mail para contato:**  
Suzana Ruppenthal da Rosa  
suzy.rup@gmail.com

Recebido em: 05/09/2017.  
Revisado em: 03/10/2017.  
Aceito em: 12/11/2017.

**Área:**  
Atenção à saúde e bem estar.

## INTRODUÇÃO

A Psicologia Clínica é um campo de aplicação da Psicologia que impõe desafios aos educadores. Somente estudar Psicologia Clínica não ensina a ser clínico: ser clínico se aprende sendo, ou seja, ter um profundo estudo teórico nesta área não anula a verdade de que a clínica se aprende no contato com o paciente. Esta é a importância crucial das clínicas-escola (C-e) que, por lei, devem fazer parte dos serviços de Psicologia aplicada ligados aos cursos (PERFEITO e MELO, 2004). A lei nº 4.119, regulamentadora da profissão do psicólogo efetivada em 27 de agosto de 1962, diz em seu capítulo IV, Art. 16:

As Faculdades que mantiverem cursos de Psicólogo deverão organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso, abertos ao público, gratuitos ou remunerados.

As C-e se destacam pela grande procura de atendimento psicológico por diferentes faixas etárias e também por oferecerem serviços psicológicos acessíveis à grande parte da população brasileira (BARBOSA e SILVARES, 1994; CUNHA e BENETTI, 2008). Não há modelos pré-formados para a constituição desses espaços, mas há o pressuposto de que devem vir a funcionar o mais parecido possível com uma clínica de atendimento psicológico comum, treinando o aluno para a sua futura prática profissional. Porém, esta não é sua única função – além do ensino, a C-e é local para extensão e pesquisa,

Estas instituições oferecem atendimento gratuito ou semi-gratuito para a comunidade, caracterizando-se por ser um local no qual o estudante ou o profissional em formação recebe treinamento e orientação no formato de supervisões dos atendimentos clínicos, com a finalidade de capacitá-lo para a prática e a reflexão. A importância social dessas instituições baseia-se no fato de que boa parte das pessoas que procuram auxílio não tem condições financeiras para buscar psicólogos particulares (BORTOLINI et al., 2011). Dessa forma, vê-se suprida a necessidade de alunos, universidade e população.

Este estudo justifica-se como um documento de registro da trajetória da Clínica-escola da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) de São Jerônimo, possibilitando a continuidade de investimentos em aprimoramento teórico e técnico dessa instituição, bem como a possibilidade de se tornar um referencial teórico para outras pesquisas. Tem por objetivo apresentar os resultados atingidos pela abordagem da Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) no período entre 2015/1 a 2016/1. É importante que haja estudos sobre a prática clínica psicológica, para que se possibilite a compreensão dos elementos envolvidos e o aprimoramento do atendimento à saúde mental dos indivíduos. Pesquisas que apontem caminhos para o avanço

e melhor qualidade dos atendimentos psicológicos oferecidos são essenciais para o progresso de um curso de Psicologia (CUNHA e BENETTI, 2008).

## REFERENCIAL TEÓRICO

### Clientela e Adesão nas Clínicas-escola

De modo geral, o serviço visto como carro-condutor das C-e é o de psicoterapia, sendo este o motivo de maior procura para atendimento. Segundo Norcross (1990, p. 218, citado por KNAPP, 2015, p. 12) a *American Psychological Association* (APA) define psicoterapia como:

Aplicação informada e intencional de métodos clínicos e postura interpessoal derivados de princípios psicológicos estabelecidos, com a finalidade de ajudar pessoas a modificar seus comportamentos, cognições, emoções, e/ou outras características pessoais com uma condução que os participantes consideram desejável.

A clientela das C-e no Brasil são constituídas basicamente por crianças e adolescentes, do sexo masculino, encaminhadas por escolas devido a dificuldades de aprendizagem e comportamento, e mulheres jovens que buscam atendimento espontaneamente devido a conflitos relativos ao comportamento afetivo (AMARAL et al., 2012).

Em um estudo sobre uma C-e paulista, explanou-se que a clientela atendida era constituída por crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos (ROMARO e CAPITÃO, 2003, citado por AMARAL et al., 2012). Destes, 65,3% eram do gênero masculino, mas no geral o predomínio era do gênero feminino. As queixas mais frequentes eram relacionamento, dificuldades escolares, lidar com perdas e ansiedade. Na C-e investigada por esse estudo, observou-se em uma pesquisa anterior uma predominância do público masculino na infância, onde as principais queixas foram agressividade e dificuldades escolares, e do público feminino na adolescência e vida adulta (VARGAS e SANCHEZ, 2014; CAMPEZATTO e NUNES, 2007). A maior parte desta clientela dificilmente teria acesso aos consultórios privados de psicólogos clínicos devido à situação socioeconômica das famílias em que estão inseridas (BORTOLINI et al., 2011).

Quando um paciente é encaminhado para obter auxílio psicológico ou o procura de forma espontânea em uma C-e, é interessante que seja realizado de forma imediata o acolhimento deste indivíduo. Segundo o Ministério da Saúde e sua Política Nacional de Humanização (2006), acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local, nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação

de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pesquisas sobre a prática das C-e mostram que o paciente pode aguardar por um longo e demorado período entre a inscrição para tratamento e o atendimento psicológico propriamente dito, o que resulta, não raramente, no não engajamento do mesmo quando chamado para iniciar atendimento, por demonstrar que sua motivação ou a queixa apresentada já estão distintas do que eram no momento da procura pelo serviço (SALINAS e SANTOS, 2002, citado por HERZBERG e CHAMMAS, 2009). Sabe-se que, por ser uma escola, a clínica fica submetida ao calendário letivo da Universidade e ao tempo necessário para formação do estagiário. Segundo SILVA et al. (2011), a recepção é o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, e de acordo com as Políticas em Saúde Mental, tem como princípio valorizar a fala dos pacientes, acolher a escuta, suportar e transformar as demandas, produzindo efeitos terapêuticos. Um acolhimento de sucesso tem mais chances de resultar na adesão do paciente à terapia, que nada mais é que seu engajamento como ferramenta crucial para seu processo de melhora (CHAMMAS, 2009).

O que se observa é que não ocasionalmente ocorre a desistência do tratamento por parte do paciente, onde ele abandona o processo terapêutico, como que em uma deserção de um tratamento em que o terapeuta tinha a intenção de continuar a evolução em mais sessões. Um paciente é classificado como ‘abandonante’ quando este falta a um número determinado de sessões (PEKARIK, 1985b em LHULLIER e NUNES, 2004c, CUNHA e BENETTI, 2008). Em contraposição a isso, Gastaud e Nunes (2008) dizem que há grande dificuldade em definir abandono e desistência devido ao fato de que a definição depende da modalidade de tratamento, do referencial teórico que embasa a técnica utilizada e que, mesmo dentro dessa modalidade, não existe concordância quanto aos critérios que devem compor essa definição. Sendo assim, definir abandono, com base no julgamento do terapeuta e de seu supervisor(a), parece ser a forma mais adequada. As definições de abandono e de desistência, fundamentadas nesses julgamentos, acabam mostrando-se as mais confiáveis, independente da modalidade de tratamento, respeitando a singularidade de cada caso, os objetivos do tratamento e levando em consideração se esses foram ou não atingidos, independentemente do motivo que levou à interrupção.

Considera-se abandono quando o paciente decide, de forma autônoma, com ou sem conhecimento prévio do terapeuta, deixar de comparecer à terapia, tendo este frequentado pelo menos uma sessão, independente do motivo que o levou a isso (LHULLIER e NUNES, 2004). O índice de desistência ou abandono psicoterápico em clínicas-escola é alto – entre 25% a 50%.

Entretanto, são escassos os estudos voltados para a identificação dos fatores associados ao abandono de tratamento (CHILELLI e ENÉAS, 2000, CUNHA e BENETTI, 2008).

Em psicoterapia, o abandono refere-se basicamente àquelas situações de interrupção do tratamento sem que haja indicação para tal encaminhamento por parte do terapeuta em formação (LHULLIER e NUNES, 2004). Pelo fato de a C-e oferecer um serviço realizado por estagiários, ou seja, terapeutas inexperientes em formação profissional, poderíamos supor que a questão de abandono se dá pela própria inexperiência dos alunos. Porém, estudos de revisão de literatura como os de Benetti e Cunha (2008), dizem que essa é uma preocupação pontual nos serviços de saúde mental de forma geral.

De acordo com Lhullier (2002), os índices de pacientes que abandonaram o tratamento são altos, entre 30 e 60%. Salinas e Gorayeb (2002) expõem a necessidade da diminuição do tempo de espera desses pacientes, recomendando o atendimento imediato de triagem com o intuito de acolher o paciente e responsabilizá-lo por sua própria demanda. Esses autores apontam ainda que as causas das desistências têm sido atribuídas à própria organização da instituição, tais como tempo de espera para a realização da triagem e o período de espera entre a triagem e o início do atendimento, entre outros fatores (GÜNTERT et al., 2000).

### **A Clínica-escola da ULBRA – São Jerônimo**

Na C-e em questão, o paciente tem a seguinte trajetória: Ao procurar atendimento psicológico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ao qual a Clínica é adjunta, ele é encaminhado à equipe de estagiários atuantes – se há estagiários presentes no momento exato da procura, o paciente em potencial fala diretamente com os alunos de Psicologia. Caso o aluno incumbido da tarefa de fazer o Acolhimento estiver disponível naquele momento, o Acolhimento acontece e o paciente vai para a lista de espera; caso ele não estiver, é agendado para que o paciente volte em outro momento para que seja acolhido e então ir para a lista. Por vezes ocorre de os funcionários do CAPS pegarem os dados elementares do paciente e chegar até o aluno responsável pela Lista de Espera apenas o nome e o telefone do paciente, que pode ser chamado para um acolhimento ou ir para o fim da lista. Porém, nem sempre o paciente é encaminhado pelo CAPS, podendo ocorrer indicações de amigos que já fizeram uso do serviço, ou encaminhamento das escolas da região, inclusive da própria ULBRA.

No grupo de estagiários existem duas abordagens sendo trabalhadas: estagiários que trabalham usando a Psicanálise e estagiários que usam a Terapia Cognitivo-comportamental. Ambos os grupos com supervisão local especializada nos assuntos, que ocorre semanalmente.

## Características da Terapia Cognitivo-comportamental

O termo Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) “é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais” (KNAPP e BECK, 2008, p. 55). É comumente chamada de “terapia do aqui e agora” – em grande parte isso é verdade, mas não devemos cometer o equívoco de considerá-la rasa por trabalhar com questões que surgem no cotidiano do indivíduo. Na prática da TCC, é importante estabelecer o presente no contexto do passado, discutindo-se vivências da infância e da adolescência e o aparecimento dos problemas atuais (SCOTT et al., 1994). As contribuições de Carl Rogers (1957), também devem ser consideradas ao que se refere como as três condições necessárias e suficientes na relação do terapeuta para com o paciente: compreensão empática, genuinidade e aceitação positiva incondicional (KNAPP, 2015).

Quando se fala em TCC, muito se ouve falar sobre Terapias de Terceira Onda, mas afinal, o que são essas ondas? Nada mais são do que revoluções dentro da psicoterapia comportamental, onde cada uma não anula a anterior, mas sim, vem para somar conhecimento. A primeira onda ocorreu nos anos 50, caracterizada pela Terapia Comportamental clássica e modificação do comportamento, baseada nos estudos de Pavlov. Recebeu críticas por ser considerada superficial e ofensiva à liberdade do homem, pois não considerava suas funções mentais superiores. A segunda onda veio nos anos 60, caracterizada pelo cognitivismo. Beck e Ellis, propõem o seguinte paradigma: o Ambiente influencia a maneira como o indivíduo pensa, o que forma suas Crenças, e suas Crenças determinam sua maneira de agir, que envolve seus sentimentos e seu Comportamento. Eis aí a Terapia Cognitivo-comportamental. Por fim, na terceira onda, que se dá no presente momento, estão as Terapias Contextualistas, onde se destacam a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), e a Terapia Comportamental Dialética (DBT), entre outras. De forma sucinta, pode-se dizer que “a primeira geração da terapia behaviorista tinha seu foco na mudança do comportamento, a segunda na mudança do pensamento, e a terceira geração tem como objetivo mudar a função do pensamento, não seu conteúdo” (KNAPP, 2015, p.22). As terapias identificadas como cognitivo-comportamentais compartilham em sua base as mesmas características teóricas e práticas, mas têm diferenças consideráveis em princípios e procedimentos. As proposições fundamentais são: 1) o papel mediacional da cognição, que afirma que há sempre um processamento cognitivo e avaliação de eventos internos e externos que podem afetar a resposta a esses eventos; 2) a atividade cognitiva pode ser monitorada, avaliada e medida; e 3) a mudança de comportamento pode ser mediada por essas avaliações

cognitivas. Entretanto, seria “tão apropriado afirmar que há de fato uma só abordagem cognitivo-comportamental quanto o é afirmar que há uma só terapia psicanalítica” (DOBSON e DOZOIS, 2001, citado por KNAPP, 2015, p. 25).

Knapp (2015), cita as três divisões principais que Mahoney (1995) fez a respeito das TCCs a fim de classificá-las dentro desta terceira onda: 1) terapias de habilidades de enfrentamento, que enfatizam o desenvolvimento de um repertório de habilidades que objetivam fornecer ao paciente instrumentos para lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma ampla variedade de dificuldades pessoais; e 3) terapias de reestruturação cognitiva, que enfatizam o pressuposto de que problemas emocionais são uma consequência de pensamentos mal adaptativos, sendo a meta do tratamento reformular pensamentos distorcidos e promover pensamentos adaptativos.

Caracterizada como uma terapia breve, a TCC é empiricamente comprovada como eficiente; alguns estudos usando neuroimagem revelaram que intervenções cognitivo-comportamentais geram mudanças fisiológicas e funcionais em muitas áreas cerebrais (KNAPP e BECK, 2008). O terapeuta trabalha de forma a compreender a conceituação cognitiva de cada paciente, que são suas crenças específicas e padrões de comportamento, e produzir uma reformulação desse sistema de esquemas e crenças. Essa abordagem teórica reinterpreta os elementos que geram a emoção negativa, pois tem a proposição de que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim sua interpretação a respeito dessa situação e o processamento dessa informação. Atingindo uma modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente, objetiva-se produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013).

Há alguns princípios básicos de tratamento, e um deles é que se faz essencial a colaboração e a participação ativa do paciente, onde paciente e terapeuta trabalham como uma equipe a fim de alcançar maior comprometimento da parte do paciente (BECK, 2013). O engajamento do paciente se dá no momento em que ele consegue entender seu enquadre cognitivo. Isso acontece com o auxílio do terapeuta, que faz perguntas-chave para a narrativa que o indivíduo traz sobre si, discriminando o que são pensamentos, sentimentos e interpretações. O estilo do terapeuta torna-se um modelo para o paciente, e “uma abordagem de questionamento estruturado, ativo e discriminatório substitui uma abordagem desestruturada, passiva, global e declarativa, que muitos desses pacientes usam habitualmente em suas vidas emocionais” (SCOTT et al., 1994, p282). Além disso, é uma terapia orientada para os objetivos e focada nos problemas, nomeados como queixas, que levam o indivíduo a procurar

tratamento, que enfatiza inicialmente o presente (BECK, 2013). Dessa forma, se traçam objetivos a serem alcançados pela terapia.

Como a TCC é aplicada a problemas ou transtornos específicos, visa ser limitada no tempo de tratamento, trazendo consigo o uso de manuais de tratamento. Ao contrário do que se pode supor, essa característica não é um limitador; “sua natureza focada em problemas reflete um esforço contínuo para documentar efeitos terapêuticos, estabelecer fronteiras terapêuticas e identificar a terapia mais eficaz para um determinado problema” (KNAPP e BECK, 2008, página 56). Partindo do modo estrutural clássico beckiano, como foi explicado anteriormente, as C-e, por terem grande demanda em quantidade de pacientes, tendem a voltar-se à prática da terapia breve. Porém, nada impede que, em casos de maior severidade, estenda-se a necessidade de adotar um tempo ampliado de terapia, utilizando as teorias de terceira onda. O tratamento pode vir a durar o tempo que for necessário para sanar as metas para terapia, que são elaboradas em conjunto pelo paciente e seu terapeuta.

Outro princípio básico da abordagem é ser educativa, tendo como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta trabalhando a prevenção de recaída (BECK, 2013). O modelo terapêutico pode ser ensinado e a lógica para a intervenção é comunicada ao paciente; este é um objetivo implícito: o paciente aprenderá sobre o processo terapêutico ao longo da terapia e, além de superar os problemas na terapia, aprenderá a prevenir recorrências, aprendendo habilidades terapêuticas que eles próprios podem aplicar com abrangência a uma gama de diferentes problemas em suas vidas (KNAPP e BECK, 2008; KNAPP, 2015).

Ligando essas características às necessidades e demanda de uma C-e, a TCC revela-se um modelo adequado para o atendimento, uma vez que possui uma abordagem terapêutica diretiva, breve, além da quantidade de técnicas e estratégias de intervenções disponíveis (FRIEDBERG e MCCLURE, 2006, citado por BORTOLINI et al., 2011).

## **METODOLOGIA**

A fim de executar a presente investigação, realizou-se uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva. De acordo com Gil (2002), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados, não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes, metodologia bastante eficaz para apurar e descrever os dados, pois possibilita um conhecimento amplo de uma realidade, abrindo caminhos para hipóteses futuras.

A coleta de dados abrangeu todos os prontuários de pacientes atendidos pelos estagiários que usavam a abordagem Cognitivo Comportamental em suas práxis, arquivados



entre o ano de 2015/1 e 2016/1 na Clínica-escola da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, na cidade de São Jerônimo/RS. O acesso aos prontuários, totalizados em 36, foi autorizado pela coordenadora da Clínica-Escola, respeitando as questões éticas para pesquisa. As questões éticas também foram respeitadas com cada paciente, que assinaram (ou seu responsável) um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido padrão do serviço, para que suas identidades fossem mantidas em sigilo, mas que seus dados pudessem ser usados para atividades de pesquisa.

Foram coletadas, nos meses de Julho e Agosto de 2016, informações de cada paciente e, após a classificação dos dados, foram analisadas as frequências de ocorrências obtidas para o sexo e faixa etária, distribuição para categoria de hipóteses diagnósticas sugeridas pelos terapeutas, o número de atendimentos e, por fim, o motivo do término do processo terapêutico.

Os dados obtidos pela pesquisa foram ordenados com o uso do programa Excel, do pacote Office da Windows (2007), e analisados individualmente de modo a comparar seu conteúdo às referências bibliográficas. Para que se faça possível o estudo empírico de cada fase do desenvolvimento, as faixas etárias foram segmentadas, divididos em três grupos a fim de estruturar a posterior análise: Infância e Puberdade (0 a 13 anos), Adolescência (14 a 20 anos), e Adulto (21 a 60 anos). Visto que não há registro de pacientes com mais de 60 anos, não foi considerada a adição do grupo de Idosos para a análise dos resultados.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em um total de 36 pacientes atendidos individualmente no período entre 2015/1 e 2016/1, com idade entre 0 e 60 anos, houve uma predominância do sexo masculino (61,11%) em relação ao sexo feminino (38,89%). Entretanto, há variações de faixa etária: a população feminina predomina a idade adulta enquanto a masculina é maior na infância e puberdade, conforme pode ser visto na Tabela 1.

**Tabela 1.** Ocorrência entre sexo e faixa etária.

Sexo	0 a 13 anos	14 a 20 anos	21 a 60 anos	TOTAL
<b>Masculino</b>	20	2	0	22
%	83,33%	66,67%	0,00%	61,11%
<b>Feminino</b>	4	1	9	14
%	16,67%	33,33%	100,00%	38,89%
<b>Total</b>	24	3	9	36
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: elaboração própria

Estas informações não entram na conformidade de outros estudos direcionados à clientela de C-e, onde de modo geral a maioria dos pacientes é do sexo feminino; porém a informação de que a maioria é de idade escolar vem ao encontro da literatura revisada (CAMPEZZATO e NUNES, 2007; BORTOLINI et al., 2011; VARGAS e SANCHEZ, 2014).

Ao longo do tratamento, além da conceitualização cognitiva, era levantada uma hipótese diagnóstica de acordo com o DSM V, para que se pudesse trabalhar de forma direcionada. Sobre as hipóteses diagnósticas e sua relação com o gênero e faixa etária dos pacientes, segue a tabela 2. A quantidade de Hipóteses Diagnóstica ultrapassa a quantidade de prontuários, pois, como o próprio nome sugere, eram “hipóteses”, ou seja, suposições, não “diagnósticos”, que seria o conhecimento efetivo e confirmado dos transtornos. Há também a ocorrência de Comorbidades Psiquiátricas, ou seja, situação onde mais de uma doença ou transtorno ocorre em um mesmo indivíduo, de modo simultâneo ou sequencial.

**Tabela 2.** Hipóteses Diagnósticas relacionadas ao sexo e à faixa etária.

Hipótese Diagnóstica	Feminino			Masculino		
	0 aos 13	14 aos 20	21 aos 60	0 aos 13	14 aos 20	21 aos 60
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulso e da Conduta	-	-	1	4	-	-
Transtornos do Desenvolvimento Intelectual	-	-	-	1	-	-
Transtornos de Linguagem	-	-	-	1	-	-
Transtorno do Espectro Autista	-	-	-	1	-	-
Transtornos Específicos da Aprendizagem	3	-	-	4	-	-
Transtorno Bipolar	-	-	1	-	-	-
Transtornos Depressivos	-	1	3	2	1	-
Transtornos de Ansiedade	-	1	1	5	1	-
Transtornos de Sintomas Somáticos	-	-	1	-	-	-
<b>Continuação da tabela 2.</b> Hipóteses Diagnósticas relacionadas ao sexo e à faixa etária.						
Problemas Relacionados à Educação Familiar	2	-	-	7	-	-
Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	-	-	-	3	-	-
Transtornos de Personalidade	-	-	3	-	-	-

**Fonte:** elaboração própria

Os escores para Problemas Relacionados à Educação Familiar e Transtornos de Ansiedade foram respectivamente os mais pontuados, seguidos por Transtornos Específicos da Aprendizagem e Transtornos Depressivos. Na pesquisa realizada por Vargas e Sanchez (2014), nessa mesma C-e, a avaliação sobre a queixa para a busca de terapia por pacientes, deu-se em sua maioria devido à agressividade, problemas e dificuldades escolares, assim como problemas de atenção e memória, o que foi constatado também pela presente pesquisa. Resultado

semelhante às pesquisas de Romaro e Capitão (2003), Campezzatto e Nunes (2007), e Cunha e Benetti (2009), porém descritos com nomenclatura diferenciada, pois no período dessas pesquisas era feito o uso do DSM IV.

Como foi visto anteriormente, é alta a incidência de não adesão à terapia (LHULLIER, 2002). Sobre a quantidade de encontros e os motivos do término do atendimento, vide a Tabela 3.

**Tabela 3.** Número de atendimentos e Motivo de Término.

Número de Atendimentos	Motivo de Término			
	Abandono	Interrupção	Alta	Em atendimento
até 5 atendimentos	9	4	0	1
%	75%	44%	0%	8%
6 a 15 atendimentos	3	5	1	7
%	25%	56%	33%	58%
16 a 30 atendimentos	0	0	2	4
%	0%	0%	67%	33%
Total	12	9	3	12

**Fonte:** elaboração própria.

Até o mês de julho de 2016, 12 pacientes permaneciam em atendimento. A maior parte dos abandonos ocorreu nas sessões iniciais, quando o paciente já havia permanecido por um período de pelo menos 6 meses ou até 1 ano na fila de espera; quando finalmente era chamado para atendimento, sua necessidade já havia sido sanada de outra forma ou já se encontrava desmotivado para iniciar o tratamento. O primeiro encontro era também o último. Esse fenômeno vai ao encontro da literatura pesquisada, que aponta a importância de agilizar o processo de acolhimento e início do tratamento (GÜNTERT *et al.*, 2000). Chammas (2009), defende a eficácia da Triagem Estendida (TE). Esta recepção prolongada permite aprofundar os motivos que levaram o paciente à busca pela clínica e verificar o engajamento que se será atingido no atendimento, o que auxiliaria na redução de desistências durante o período tido como terapia, que, como visto na tabela 3, ocorrem em sua maioria no início do tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme visto no levantamento feito, que contemplou o período de 2015/1 a 2016/1, de um modo geral, a predominância da clientela é do sexo masculino na infância e feminina na fase adulta. Concomitantemente, apontou que a maioria da clientela total se faz de crianças e púberes. A bibliografia, nesse sentido, apresenta outro aspecto, pois aponta a maior clientela, tanto adulta como crianças em fase escolar, do sexo feminino. A coleta dos dados nos traz essa

conformidade quanto à faixa etária, uma vez que o grande público que utilizava os serviços da clínica- escola era de idade escolar.

O estagiário da abordagem Cognitivo Comportamental é encorajado a levantar uma hipótese diagnóstica em cada caso, para trabalhar de forma focada para um tratamento que resulte em rápida eficiência. Nesse sentido foi realizada uma compilação de frequência de hipóteses, evidenciando maiores índices de problemas relacionados à educação familiar, seguido por transtornos de ansiedade. O transtorno específico de aprendizagem aparece em terceiro lugar, o que é bastante interessante, já que esse transtorno de aprendizagem em comorbidade com transtornos de ansiedade, são possivelmente resultados de problemas relacionados à educação familiar.

O número de atendimentos nesse período, foi de trinta e seis pacientes, onde: um terço corresponde à parcela daqueles que permaneceram em atendimento após o fim da compilação de dados; um terço abandonou o tratamento nas primeiras quinze sessões; e os pacientes que passaram do décimo quinto encontro, permaneceram até o fechamento da pesquisa ou receberam alta.

Essa estatística vem ao encontro da ideia da relação do período de tempo que existe entre a triagem (sessões iniciais) e o momento em que o paciente sai da lista de espera para ser atendido. Essa lacuna de tempo ameniza as queixas e transforma as demandas, diminuindo o número das desistências e não adesão. Fica evidenciada a necessidade da agilidade do processo de início de tratamento para que a Clínica-escola mantenha os fluxos de atendimentos, por sua vez atinja maior eficácia para a Universidade, para fins de ensino e filantropia, e benefícios para a comunidade que pode contar com seus serviços.

A pesquisa também contemplou as altas, entretanto, o número não foi significativo para uma análise quantitativa total, justamente pelas desistências e pelas interrupções e considerando também que, até o fim do levantamento de dados, doze pacientes permaneciam em atendimento.

Fica a proposta de continuação de pesquisas na abordagem Cognitivo Comportamental, com possibilidade de maior abrangência de tempo e com tratamentos mais duradouros, para que possa ter indicadores atualizados da Clínica-escola.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, Anna Elisa Villemor. et al. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. *Boletim de Psicologia*, v. 62, n. 136, p. 37-52, 2012.
- BARBOSA, João Ilo Coelho. Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. 1992. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

- BECK, Judith S. *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora, 2013.
- BENETTI, Silvia PC; CUNHA, Tatiane RS. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2, p. 48-59, 2008.
- BORTOLINI, Marcela et al. Perfil de pacientes atendidos através da terapia cognitivo-comportamental em uma clínica-escola. *Contextos Clínicos*, v. 4, n. 2, p. 132-138, 2011.
- Brasil (1962). *Decreto-lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo*. Brasília, DF. Recuperado em 29 de Outubro de 2016. <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L4119.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm)>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Recuperado em 29 de Outubro de 2016. <<http://www.redehumanizaus.net/90950-acolhimento-e-a-classificacao-de-risco>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Recuperado em 29 de Outubro de 2016. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)>.
- CAMPEZATTO, Paula Von Mengden; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estud. psicol.(Campinas)*, v. 24, n. 3, p. 363-374, 2007.
- CARDOSO DA SILVA, Jerto; INÊS WELZBACHER, Aldinha; EGGERS, Graziela. O PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UMA CLÍNICA-ESCOLA. *Jornada de Pesquisa em Psicologia*, 2011.
- CHAMMAS, Debora. *Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em um clínica-escola de psicologia*. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- CHILELLI, Karla Bittencourt; ENÉAS, M. L. E. Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 47-52, 2000.
- CUNHA, Tatiane Regina dos Santos; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. Abandono de atendimento psicológico por crianças em uma clínica-escola. *Psicol. Argum*, v. 31, n. 73, p. 271-281, 2013.
- CUNHA, Tatiane Regina dos Santos; BENETTI, Silvia Pereira da Cruz. *Abandono de Atendimento Psicológico por Crianças numa Clínica-Escola*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil, 2008.
- DE VARGAS, Marli Silva; SANCHEZ, Marisa. CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA DA CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE ULBRA CAMPUS SÃO JERÔNIMO. *CEP*, v. 96700, p. 000.
- GASTAUD, Marina Bento; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 31, n. 1, p. 13-23, 2009.
- GÜNTERT, A. E. V. A. et al. As variáveis determinantes na aderência à psicoterapia: uma investigação em clínica-escola. *Psico USF*, v. 5, n. 2, p. 13-23, 2000.
- HERZBERG, Eliana et al. *Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de psicologia*. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 19, n. 42, p. 107-114, 2009.

KNAPP, Paulo. Tendências Históricas e Atuais das Terapias Cognitivo-comportamentais. 2015. 54 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 30, n. Supl II, p. S54-64, 2008.

LHULLIER, Alfredo Cardoso. Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002.

LHULLIER, Alfredo Cardoso; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Uma aliança que se rompe. *Ciência e Profissão: Diálogos*, v. 1, p. 43-49, 2004.

PERFEITO, H. C. C. S.; MELO, SA de. Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estudos de psicologia*, v. 21, n. 1, p. 33-42, 2004.

SALINAS, Paola; GORAYEB, Ricardo. Caracterização funcional de uma clínica-escola de psicologia médica. *Aletheia*, n. 16, p. 83-95, 2002.

SCOTT, Jan; WILLIAM, J. Mark G.; BECK, Aaron T. Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático. Artes Medicas, 1994.

VON MENGDEN CAMPEZATTO, Paula; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 20, n. 3, p. 376-