

PONTTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARINA BENTO GASTAUD

**ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS**

Profª Drª. Maria Lucia Tiellet Nunes
Orientadora

Porto Alegre
Dezembro de 2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA DE
CRIANÇAS**

MARINA BENTO GASTAUD

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof^ª. Dr^ª. Maria Lucia Tiellet Nunes

Orientadora

Porto Alegre

Dezembro de 2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G255a Gastaud, Marina Bento
Abandono de tratamento na psicoterapia
psicanalítica de crianças / Marina Bento Gastaud. – Porto
Alegre, 2008.
72 f.

Diss. (Mestrado) – Fac. de Psicologia, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.
Orientador: Profª Drª. Maria Lucia Tiellet Nunes.

1. Psicoterapia - Abandono de Tratamento.
2. Psicoterapia Infantil. I. Nunes, Maria Lucia Tiellet.
II. Título.

CDD 618.9289

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARINA BENTO GASTAUD

**ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS**

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Maria Lucia Tiellet Nunes

Presidente

Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo Azevedo Silva

Universidade Católica de Pelotas

Aos mestres e amigos Inácia e Ricardo, primeiros a me mostrar que é possível e necessário integrar a pesquisa com a clínica. Pela confiança desde cedo em mim depositada, recebam minha eterna gratidão e reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Lúcia Tiellet Nunes, pela orientação cuidadosa, atenta, perspicaz e rígida – ensinando que é sempre possível crescer e aprimorar os resultados, não importa quão alto já se tenha chegado.

Às diretorias do Contemporâneo e do CEAPIA, em especial às Dras. Ângela Piva e Ester Litvin, por terem aberto as portas de suas “casas” de forma tão hospitaleira e acolhedora.

À companheira de jornada, Milene Merg, por ser mais que colega - amiga e aliada incondicional em todos os momentos de satisfação e de crise pelos quais a trajetória acadêmica inevitavelmente passa.

Aos companheiros de grupo, Cristiane Feil, Luciane Kruse, Rodrigo Souza, Fernando Basso, Juliane Borsa, Melissa Alt, Elisabeth Deakin, Andréia Pereira e Gisele Ferreira, por representarem a “força-tarefa” imprescindível para a realização desse trabalho. Em especial, às amigas Rafaele Paniagua e Caroline Correa, meus braços direito e esquerdo na coleta de dados, demonstrando mais uma vez que o trabalho em grupo é mais prazeroso e rentável.

Ao amigo, professor e eterno colega Luciano Souza, companheiro de todo tipo de viagem, por insistir em me mostrar o valor inestimável de uma boa amizade, seja ela no plano intelectual ou afetivo.

Às grandes presenças em minha vida, meu pai, minha mãe e meu irmão, minhas fontes inspiradoras de sucesso profissional, perseverança e crescimento intelectual. Obrigada pela paciência, pelo apoio carinhoso e por semear em mim o prazer inigualável pela leitura e conhecimento.

Ao grande companheiro de dia-a-dia, Frederico, pelo suporte incansável, pela compreensão imediata, por aplacar minha angústia com a imensidão de trabalho a ser feito, por me ensinar o verdadeiro sentido da palavra *continência* e, acima de tudo, por tornar essa caminhada toda muito, mas muito mais leve.

Por fim, aos pacientes, fonte e destino dessa pesquisa, verdadeiros professores nos ensinamentos clínicos. Por terem contribuído de forma anônima nesse processo, meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	10
APRESENTAÇÃO	11
I - ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA: Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica: Em Busca de Definição.....	17
II - ESTUDO EMPÍRICO: Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	69
ANEXO: Aprovação do projeto pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS.....	71

RESUMO

A presente dissertação de Mestrado é composta por dois estudos, seguindo as normas do programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. O primeiro estudo é uma revisão de literatura intitulada **Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica: Em Busca de Definição**, que teve por objetivos: 1) problematizar a dificuldade de definir abandono de tratamento nas diversas abordagens de psicoterapia; 2) refletir sobre os critérios utilizados nas diferentes definições encontradas na literatura nacional e internacional e 3) propor uma definição de abandono para a psicoterapia psicanalítica. Foi realizada uma busca nas bases de dados SciELO, Lilacs, Medline e PsycINFO para verificar o número de estudos sobre abandono de psicoterapia e obteve-se um total de 2.207 ocorrências, o que indica possivelmente a relevância do tema. Entretanto, pesquisas destinadas a entender o fenômeno mostram-se contraditórias e de difícil generalização, pois há distintas definições de “abandono de tratamento” utilizadas pelos pesquisadores. Espera-se, com este artigo, dar um passo inicial na construção de uma definição útil tanto para a pesquisa como para a prática clínica. O segundo estudo, **Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças**, teve como objetivo verificar preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. Os resultados demonstram que uma variável sócio-demográfica (sexo) e duas variáveis clínicas (fonte de encaminhamento e tempo de tratamento) são preditoras de abandono. Os resultados são discutidos à luz da literatura sobre gênero, abandono de tratamento e crianças em psicoterapia. Algumas hipóteses são levantadas para as associações e não-associações encontradas neste estudo. Conhecer preditores de abandono em psicoterapia possibilita que terapeutas possam identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos de resistência e transferência negativa desses pacientes e seus familiares.

Palavras-chave: Abandono; Psicoterapia Psicanalítica; Crianças; Definição.

Área conforme classificação do CNPq

7.07.00.00-1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

ABSTRACT

This dissertation follows the rules proposed by the Postgraduate Program in Psychology at PUCRS and is divided in two studies. The first study is a literature review, **Treatment Dropout in Psychoanalytical Psychotherapy: Searching for Definition**, and aimed to: 1) dissert about the difficulty of defining treatment dropout among diverse psychotherapy approaches; 2) reflect about criteria used in distinct definitions found in national and international literature and 3) suggest a dropout definition for psychoanalytic psychotherapy. To identify the amount of studies about psychotherapy dropout, it was carried out a search in the standard computerized databases such as SCIELO, LILACS and PsycINFO. 2.207 occurrences were found, possibly indicating the theme's relevance. Therefore, research results aiming to understand the phenomena are contradictory and can hardly be generalize, because there are distinct definitions of "treatment dropout" used by the researchers. The definition proposed in this article seems to be an initial advancement to build an useful dropout definition for research and clinical practice. The second study, **Predictors of Treatment Dropout in Children Psychoanalytical Psychotherapy**, aimed to verify predictors of treatment dropout in children psychoanalytical psychotherapy. The results show that one socio-demographic characteristic (sex) and two clinical characteristics (source of derivation for psychotherapy and time of treatment) can predict dropout. Results are discussed regarding gender, treatment dropout and children psychotherapy literature. Some hypotheses are raised up to justify associations and non-associations found in this study. Knowing psychotherapy dropouts predictors may allow therapists to prematurely identify patients pertaining to dropout risk group, giving them the opportunity to early work directly aspects of resistance and negative transference of these patients and their relatives.

Keywords: Dropout; Psychoanalytical Psychotherapy; Children; Definition.

APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado foi desenvolvida no grupo de pesquisa “Formação, Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Psicanalítica”, coordenado pela professora Maria Lúcia Tiellet Nunes, vinculado à linha de pesquisa Intervenções Psicoterapêuticas do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. O tema central desta dissertação é o abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica, especificamente: 1) a problematização da dificuldade de conceituar abandono na psicoterapia psicanalítica e 2) o estabelecimento de preditores de abandono na psicoterapia psicanalítica de crianças.

Para a realização dessa dissertação foi elaborado inicialmente um projeto de pesquisa intitulado Abandono de Tratamento na Psicoterapia de Crianças. Esse projeto foi apresentado para a Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS, tendo sido aprovado com o número de registro 056-2007 - CIHJ (Anexo).

A dissertação é composta por um estudo de revisão de literatura e um estudo empírico, de acordo com a Resolução nº. 002/2007, de 06/11/2007, do Programa de Pós Graduação em Psicologia, que se refere à exigência de elaboração de um estudo de revisão de literatura pertinente ao tema a ser pesquisado e, pelo menos, um estudo decorrente de pesquisa empírica sobre o mesmo tema.

O estudo de revisão de literatura é intitulado **Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica: Em Busca de Definição** e disserta a respeito da definição de abandono de tratamento em psicoterapia psicanalítica, tanto no que compete à prática clínica quanto à pesquisa acadêmica. A literatura nacional e internacional aponta para altas taxas de abandono em psicoterapia. Entretanto, pesquisas destinadas a entender o

fenômeno mostram-se contraditórias, inconclusivas e de difícil generalização, tendo em vista a utilização de distintas definições de “abandono de tratamento” pelos pesquisadores. Dessa forma, o objetivo do artigo de revisão da literatura é problematizar a dificuldade de definir abandono de tratamento nas diversas abordagens de psicoterapia, refletir sobre os critérios utilizados nas diferentes definições encontradas na literatura nacional e internacional e propor uma definição de abandono para a psicoterapia psicanalítica. A definição sugerida nesse artigo constitui-se em uma proposta inicial para a construção de uma definição útil tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica.

O estudo empírico, por sua vez, é intitulado **Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças** e teve como objetivo verificar preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças na amostra pesquisada. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com os prontuários de duas instituições de atendimento psicológico a crianças em Porto Alegre. Foram pesquisados prontuários de 2106 crianças. Destas, 200 tiveram alta e 793 abandonaram seus atendimentos. Os grupos - alta versus abandono - foram comparados e os resultados indicam que meninos apresentam mais risco de abandonar o tratamento; crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos apresentam menos risco de abandono. Após o sexto mês de atendimento, o risco de abandono decai consideravelmente. Os resultados são discutidos à luz da literatura sobre gênero, abandono de tratamento e crianças em psicoterapia. Algumas hipóteses são levantadas para as associações e não-associações encontradas neste estudo. Conhecer preditores de abandono em psicoterapia possibilita que terapeutas possam identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos de resistência e transferência negativa desses pacientes e seus familiares, principalmente nos primeiros seis meses de tratamento. Criar técnicas de intervenção

precoce com os pais dessas crianças e realizar tratamentos transdisciplinares também são saídas possíveis para evitar o abandono.

Por trabalhar com noções de resistência à mudança, reação terapêutica negativa, transferência negativa e aliança terapêutica, o construto teórico psicanalítico amplia e dinamiza a compreensão do abandono de tratamento. Ao lidar com o Inconsciente, psicoterapeutas de orientação analítica precisam afinar sua escuta para associações latentes ao abandono de tratamento, já que a razão manifesta e consciente relatada pelos pacientes para abandonarem seus tratamentos em geral recai sobre dificuldades financeiras (Vargas & Nunes, 2003). Entender os motivos manifestos não é, portanto, a principal prioridade de terapeutas psicanalíticos na prática clínica e não deve ser, da mesma forma, a prioridade das pesquisas sobre o tema. Entender implicações latentes à decisão de abandonar o tratamento pede um olhar pormenorizado e singularizado a cada paciente, já que as razões inconscientes ligam-se às histórias de vida individuais e à construção subjetiva de cada sintoma. Portanto, a fim de compreender o fenômeno em larga escala e visando trazer contribuições enriquecedoras à prática clínica, optou-se por um estudo quantitativo, com uma grande amostra, destinado a encontrar preditores de abandono na psicoterapia psicanalítica. Pensou-se que, desta forma, seria possível auxiliar os terapeutas psicanalíticos a reconhecer pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono de tratamento, auxiliando-lhes a trabalhar mais direta e precocemente aspectos da resistência e transferência negativa destes pacientes, a fim de mantê-los em psicoterapia e fornecê-lhes o auxílio que vieram buscar na psicoterapia.

O interesse pelo tema, então, parte da prática clínica cotidiana com psicoterapia utilizando como ferramenta a técnica psicanalítica. Por partir da prática clínica, a idéia do estudo acabou focando o atendimento a crianças em psicoterapia, já que este mostra-se um campo fértil para as pesquisas clínicas (há uma grande demanda de crianças para

psicoterapia psicanalítica) e ainda hoje pouco estudado (quando comparada a estudos com adultos, a revisão de literatura sobre abandono de tratamento na psicoterapia de crianças é dificultada, pois estudos destinados a compreender o fenômeno são escassos). O abandono de psicoterapia é ainda mais preocupante no tratamento de crianças, pois é alta a prevalência de transtornos mentais nesta população (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004) e há uma defasagem entre a necessidade de atendimento e a busca por ajuda. Se somar-se a esta defasagem o fato de que muitas crianças que chegam à psicoterapia evadem antes de receber a ajuda que necessitam, os profissionais responsáveis pela saúde mental da população deveriam ficar alarmados, justificando estudos como este.

Estudar abandono de tratamento na psicoterapia de crianças exige um cuidado extra: são os pais que decidem consultar e que decidem abandonar o tratamento (Aberastury, 1982; Coppolillo, 1990) e os aspectos inconscientes envolvidos no abandono do tratamento podem ser provenientes dos pais. O paciente propriamente dito não é o objeto principal de pesquisa e a pesquisa com os pais torna-se mais difícil porque o terapeuta não tem contato tão direto com os pais como com seu paciente criança. Há, portanto, a necessidade de adaptar as pesquisas em psicoterapia psicanalítica de forma que estas possam se estender ao atendimento de crianças, criando formas viáveis de coleta de dados. Ademais, questões éticas envolvendo qualquer pesquisa em psicoterapia são sempre levantadas, principalmente em psicanálise, em que qualquer interferência no *setting* terapêutico é captada pelo inconsciente do paciente e pode interferir no andamento da psicoterapia. Optou-se, a fim de contornar as dificuldades apresentadas, pela realização de pesquisa documental, retrospectiva. Analisando prontuários de crianças que já encerraram seus tratamentos seria possível levantar grande número de dados sobre os atendimentos e suas famílias, possibilitando o estabelecimento de variáveis clínicas e sócio-demográficas

preditoras de abandono de tratamento sem interferir no processo terapêutico. Assim, chegou-se ao estudo empírico.

O interesse pelo estudo de revisão de literatura partiu da necessidade de solucionar impasses encontrados ao longo da realização do estudo empírico. Ao revisar a literatura sobre abandono, verificou-se que há poucos estudos direcionados especificamente a crianças em psicoterapia. Dentre os poucos encontrados, os achados eram contraditórios e inconclusivos, de forma que o estabelecimento das hipóteses de associação (quais as variáveis que a literatura aponta como preditoras de abandono?), necessariamente traçadas previamente à coleta de dados, não eram claras. A falta de clareza dá-se, em parte, pelas diferenças conceituais entre os estudos, os quais definem a variável de desfecho (abandono de tratamento) de formas bastante distintas. Ademais, havia a necessidade de optar por uma definição de abandono de tratamento para a realização do estudo empírico e, mais uma vez, a literatura era contraditória e inconclusiva quanto às definições utilizadas. Assim, houve a urgência de previamente discutir as definições encontradas e padronizar o conceito de abandono, para que então pudesse ser realizado o estudo empírico. Além disso, os achados sobre abandono não poderão ser comparados entre si e generalizados enquanto não utilizarem a mesma definição para a variável de desfecho e, dessa forma, não terão utilidade clínica. A necessidade de problematizar a questão e propor uma definição de tratamento útil tanto para a pesquisa como para a prática clínica foi o motivador do artigo de revisão da literatura.

Assim, a presente Dissertação de Mestrado cumpriu a proposta inicial do projeto de pesquisa apresentado à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Referências

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança: teoria e técnica* (8a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Coppolillo, H. (1990). *Psicoterapia Psicodinâmica de Crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.

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, 727-734.

Vargas, F., & Nunes, M.L. (2003) Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*, 17 (18), 155-58.

ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA

**ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA: EM
BUSCA DE DEFINIÇÃO**

**ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA: EM
BUSCA DE DEFINIÇÃO**

**TREATMENT DROPOUT IN PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY:
SEARCHING FOR DEFINITION**

RESUMO

A literatura nacional e internacional aponta para altas taxas de abandono em psicoterapia. Entretanto, pesquisas destinadas a entender o fenômeno mostram-se contraditórias, inconclusivas e de difícil generalização, tendo em vista a utilização de distintas definições de abandono de tratamento pelos pesquisadores. Dessa forma, o objetivo do presente artigo é problematizar a dificuldade de definir abandono de tratamento nas diversas abordagens de psicoterapia, refletir sobre os critérios utilizados nas diferentes definições encontradas na literatura nacional e internacional e propor uma definição de abandono para a psicoterapia psicanalítica. A definição proposta nesse artigo constitui-se em um avanço inicial para a construção de uma definição útil tanto para a pesquisa como para a prática clínica.

Palavras-chave: Abandono; Psicoterapia Psicanalítica; Definição.

ABSTRACT

National and international literature points to high rates of psychotherapy dropout. However, research results aiming to understand this phenomenon are contradictory, inconclusive and hardly can be generalized, since authors use several and distinct definitions for treatment dropout. Therefore, this study aims to discuss about the difficulty of defining treatment dropout among diverse psychotherapy approaches, to reflect about criteria used in distinct definitions found in national and international literature and to suggest a dropout definition for psychoanalytic psychotherapy. The definition proposed in this article seems to be an initial advancement to build an useful dropout definition for research and clinical practice.

Keywords: Dropout; Psychoanalytical Psychotherapy; Definition.

Introdução

O abandono de tratamento na psicoterapia vem ganhando amplo espaço de pesquisa e discussão no meio clínico e científico. As altas taxas de abandono estimadas pela literatura nacional e internacional justificam a crescente preocupação com esse fenômeno. Em 1993, em estudo de referência sobre o fenômeno, Wierzbicki e Pekarik demonstraram que 48% dos pacientes abandonam seus tratamentos. Estudos mais recentes conduzidos em centros de saúde mental em diversos países, dentre os quais Inglaterra, Estados Unidos e Espanha, estimaram taxas de abandono variando entre 24% e 66% (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). No Brasil, em estudo realizado em Belo Horizonte, Melo e Guimarães (2005) encontraram que 39,3% dos pacientes que buscaram ajuda psiquiátrica abandonaram seus atendimentos. Outro exemplo brasileiro encontra-se no Rio Grande do Sul, onde Lhullier, Nunes e Horta (2006) demonstraram que 49,5% dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Pelotas abandonaram a psicoterapia. Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birleson e Adler (2001), embora não estimem um valor específico, preconizam que as taxas de abandono chegam a ser ainda maiores na prática clínica de rotina do que em ensaios clínicos randomizados.

O abandono de tratamento na psicoterapia constitui-se em problema com graves conseqüências para o indivíduo e para a sociedade, tendo em vista que poucas pessoas conseguem de fato obter ajuda especializada para seu sofrimento e resolver seus problemas psicológicos. Os problemas de saúde mental atingem uma magnitude preocupante de pessoas: a última grande estimativa brasileira, na década de 90, encontrou que entre 30 e 50% da população brasileira sofria de alguma sintomatologia psiquiátrica, sendo que de 20 a 35% necessitaria de atendimento especializado em saúde mental (Almeida Filho, Mari, Coutinho, França, Fernandes, Andreoli et al., 1992). A morbidade psiquiátrica na cidade de Porto Alegre foi estimada em 49% (Busnello, Pereira, Knapp, Salgado, Taborda, Knijnik

et al., 1993). Dentre as pessoas que chegam à psicoterapia, os altos índices de abandono evidenciam que uma pequena parcela dos pacientes que procuram auxílio psicológico de fato chega a concluir os tratamentos que iniciam. Há uma defasagem entre a necessidade de ajuda psicológica da população, a procura por atendimento especializado e os benefícios recebidos com os tratamentos psicoterápicos. As conseqüências do abandono mostram-se importantes tanto para os pacientes quanto para os terapeutas e serviços que prestam atendimento. Aproximadamente todas as formas de psicoterapia requerem mais do que algumas sessões para obterem sucesso, tornando a eficácia terapêutica dependente da perseverança do paciente (Richmond, 1992). Os pacientes que abandonam não se beneficiam totalmente do atendimento e acabam perdendo as esperanças de serem ajudados (Kazdin, 1996). Há um alto investimento no tratamento e, quando este é interrompido antes que se obtenha resultados, o custo-benefício acaba sendo relativizado. Há um desgaste financeiro e afetivo do paciente e do profissional que atende, tendo em vista todo o investimento de ambas as partes para que se inicie um tratamento. Por fim, o abandono acarreta em frustração para o terapeuta e para o serviço que presta o atendimento, os quais sentem-se incapazes, incompetentes e desacreditados quando o paciente desiste da terapia (Luk et al., 2001). Considerando que os abandonos com freqüência são precedidos por não comparecimentos às sessões ou sucessivas desmarcações, os pacientes que abandonam ocupam horários dos profissionais e instituições que poderiam ser oferecidos a outros pacientes. Como resultado, a produtividade da clínica e dos profissionais fica mais reduzida e o custo dos tratamentos fica mais elevado (Kazdin, 1996).

A importância de se estudar o abandono da psicoterapia parece ser, portanto, inquestionável. De fato, ao pesquisar a literatura científica destinada a esse tema, percebe-se que há uma vasta lista de pesquisas visando entender o fenômeno do abandono. Foi

realizada uma pesquisa nas principais bases de dados eletrônicas objetivando buscar artigos indexados nas bases de dados até maio de 2008 (Tabela 1), com os seguintes descritores: abandono, *dropout* e *dropping out* correlacionados a psicoterapia, *psychotherapy* e *psychological treatment*.

Tabela 1: Número de estudos sobre abandono de tratamento encontrados nas principais bases de dados eletrônicas

Bases de Dados	Descritores				Total
	<i>Dropout + psychotherapy</i>	<i>Dropping out + Psychotherapy</i>	<i>Dropout + Psychological treatment</i>	Abandono + Psicoterapia	
SciELO	3	17	0	0	20
Lilacs	3	0	0	39	42
Medline	1.057	61	477	0	1.595
PsycINFO	419	118	10	3	550
Total	1.482	196	487	42	2.207

Fonte: A autora.

Grande parte dos estudos dedica-se a encontrar relações entre abandono de tratamento e características dos pacientes, dos terapeutas ou dos serviços. Preocupam-se, assim, em levantar e estimar prevalências de abandono, encontrar preditores de abandono e/ou descobrir variáveis correlacionadas, objetivando propor estratégias de minimizar as altas taxas de evasão de tratamento.

Entretanto, quando comparados entre si, os achados dessas pesquisas muitas vezes se contradizem. Isso acaba dificultando o estabelecimento de medidas preventivas, já que as conclusões e os resultados não são unânimes e apontam para nortes muito distintos. Para tomar alguns exemplos, a prevalência de abandono varia entre 15 e 75% conforme os levantamentos de Arnow, Blasey, Manber, Constantino, Markowitz, Klein et al. (2007), Bados, Balaguer e Saldaña (2007) e Lester e Harris (2007), uma amplitude demasiadamente abrangente para que se possam tirar conclusões mais definitivas. Citando apenas uma das contradições entre os achados, enquanto para alguns autores (Kazdin,

Mazurick & Bass, 1993; Pelkonen, Marittunen, Laippala & Lönnqvist, 2000) altas taxas de abandono são diretamente relacionadas a baixas condições sócio-econômicas, para outros pesquisadores (Singh, Janes & Schechtman, 1982), altas taxas de abandono se relacionam com altas condições sócio-econômicas. Há ainda uma terceira categoria (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007; Target & Fonagy, 1994; Weisz, Weisz & Langmeyer, 1987) que afirma não haver relação entre essas duas variáveis.

A qualidade do serviço prestado, a modalidade do tratamento e a amostra pesquisada variam muito entre os locais em que os estudos foram feitos. Diferenças culturais também podem estar envolvidas, já que a comparação está sendo feita entre estudos de diferentes regiões. Mesmo assim, o que torna os resultados muito diferentes também diz respeito ao método ou delineamento do estudo. A principal variável de interesse – abandono de tratamento - não está definida de forma semelhante entre as pesquisas, tornando difícil a sistematização dos resultados. Os critérios utilizados para definir o abandono são diversos e explicam, dentre outros fatores, a contradição dos achados.

A Dificuldade de Definir Abandono de Tratamento nas Diversas Abordagens de Psicoterapia

O termo “*definition chaos*” tem sido usado para caracterizar a literatura sobre abandono (Armbruster & Schwab-Stone, 1994; Kazdin, 1996), porque inconsistências são a regra e não a exceção (Kazdin, 1996). Já em 1985, o estudo de Pekarik é exemplar para problematizar a situação. O autor apontou que pacientes que abandonaram o tratamento diferem dos que tiveram alta em 11 de 18 variáveis sobre o cliente e terapeuta quando o critério utilizado na pesquisa para definir abandono foi o julgamento do terapeuta, enquanto nenhuma diferença foi encontrada entre os dois grupos quando o critério

utilizado foi a duração do tratamento. Assim, os achados das pesquisas são diretamente dependentes da definição utilizada e não há consenso entre os pesquisadores quanto a melhor maneira de definir o abandono do tratamento.

Há uma grande dificuldade de definir “abandono” em psicoterapia. Primeiro, porque a definição depende da modalidade de tratamento, ou seja, do referencial teórico que embasa a técnica utilizada. Segundo, porque mesmo dentro da mesma modalidade, não há uma concordância quanto aos critérios que devem compor essa definição. Os Quadros 1, 2 e 3 ilustram algumas definições utilizadas para “abandono de tratamento”.

Quadro 1: Definições de abandono de tratamento em pesquisas sobre atendimentos psicológicos/psiquiátricos em geral

Definição de “abandono”	Autor (es)/ Ano
Terapia terminada sem a concordância mútua entre paciente e terapeuta, sendo aquela encarada pelo terapeuta como “recém iniciada”, “em curso” ou “não-concluída”.	Corning, Malofeeva & Bucchianeri (2007)
Pacientes que compareceram à entrevista inicial, tiveram pelo menos uma indicação de nova consulta e não retornaram dentro um período de 4 meses.	Melo & Guimarães (2005)
Quando o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do terapeuta, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de terapia, cessou de fazê-lo, definitivamente, independente do motivo que o levou a isso.	Lhullier, Nunes & Horta (2006)
Fracasso do cliente em retornar à segunda sessão.	Maramba & Hall (2002)
Término não planejado, definido por uma decisão unilateral do paciente em interromper o tratamento.	Shuman & Shapiro (2002)
O tratamento não continuou após a fase de avaliação, ou o problema central não foi trabalhado e a necessidade de atendimento ainda estava evidente.	Pelkonen, Marittunen, Laippala & Lönnqvist (2000)
Situações nas quais o paciente realizou uma decisão unilateral contrária à expectativa inicial, representada pelo contrato terapêutico, ou contrária às recomendações do terapeuta.	Piper, Joyce, Rosie, Ogrodniczuk, McCallum, O’Kelly & Steinberg. (1999)
Interrupção do tratamento por parte do paciente sem a concordância do terapeuta. Excluem-se os casos em que o paciente interrompeu por razões logísticas (mudança, perda de emprego, etc).	Richmond (1992)
Casos nos quais, após pelo menos uma sessão de iniciada a terapia, o paciente não retornou a nenhuma outra sessão agendada.	Garfield (1989)
Casos nos quais o tratamento clínico foi recomendado e oferecido, mas o paciente não compareceu a nenhuma sessão após o acolhimento.	Weisz, Weiss & Langmeyer (1987)

Quadro 2: Definições de abandono de tratamento em pesquisas especificamente sobre psicoterapia psicanalítica

Definição de “abandono”	Autor (es) / Ano
Interrupção do tratamento (comunicada ou não) antes dos 3 meses.	Hauck, Kruehl, Sordi, Sbardellotto, Cervieri, Moschetti, Schestatsky & Ceitlin (2007)
Contato terapêutico com menos de 3 meses de duração entre a primeira e a última sessão, encerrado por iniciativa do paciente, do terapeuta ou de ambos mutuamente.	Philips, Wennberg & Wezbart (2007)
O paciente ou o terapeuta simplesmente se retirou e os motivos, em geral permaneceram ignorados, caso tenha sido o paciente o abandonante. Os autores diferenciam abandono de interrupção (quando o paciente pôde elaborar o fim do tratamento com o terapeuta, mesmo que este não esteja de acordo com seu término) e término prematuro (quando o paciente se desligou antes da efetiva conclusão, quando esta já estava muito próxima, para evitar os penosos sentimentos de separação).	Zimmermann & Abreu (1994)

Quadro 3: Definições de abandono de tratamento em pesquisas especificamente sobre psicoterapia cognitivo-comportamental

Definição de “abandono”	Autor (es)
Pacientes designados a uma modalidade de tratamento, que completaram a avaliação básica, mas não compareceram à totalidade das 12 sessões estabelecidas.	Arnou, Blasey, Manber, Constantino, Markowitz, Klein, Thase, Kocsis & Rush (2007)
Casos que interromperam o tratamento antes de completar 14 sessões, com exceção dos casos em que um acordo foi estabelecido entre terapeuta e paciente em virtude de uma melhora significativa e confiável do paciente.	Bados, Balaguer & Saldaña (2007)
O paciente iniciou um programa de tratamento intensivo (30-80 horas em um período de 1-3 semanas) e não o completou.	Lincoln, Rief, Hahlweg, Frank, Witzleben, Schroeder & Fiegenbaum (2005)
Interrupção de tratamento sem a concordância prévia do terapeuta.	Westbrook & Kirk (2005)
Após pelo menos um encontro com o terapeuta, o paciente não compareceu às consultas agendadas e não retornou para dar continuidade ao tratamento, apesar de convidado a fazê-lo.	Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birlson & Adler (2001)

Como regra geral, um marcador que diferencia as definições constitui-se no referencial teórico adotado no tratamento em questão. Mesmo assim, é possível perceber três linhas centrais presentes na maioria das definições. A definição é alicerçada: 1) no critério de “não-comparecimento” a uma sessão agendada; 2) em um número estabelecido de sessões (em um ponto de corte, diretamente relacionado ao referencial teórico) ou 3) no julgamento do terapeuta. Wierzbicki e Pekarik (1993) demonstraram que a maior parte dos

estudos utiliza o segundo critério para definir abandono. Ademais, constataram que os índices de abandono variam dependendo do critério adotado, sendo que a média de abandono foi menor entre as pesquisas que adotaram o primeiro (baseado no “não-comparecimento”).

Definir abandono considerando o critério de não-comparecimento, apesar de potencialmente ser de grande confiabilidade, é demasiadamente conservador (Wierzbicki & Pekarik, 1993), pois deixa de abarcar casos em que o paciente simplesmente não agenda uma próxima sessão. Mesmo indivíduos muito sintomáticos e cujos terapeutas julgam ser necessário continuar o tratamento são alocados no grupo de “alta” ou “continuadores” por esse critério (Pekarik, 1985), apenas porque não deixaram de vir a nenhuma sessão.

Da mesma forma, definições alicerçadas na duração do tratamento possuem limitações inerentes, tendo em vista que um término inapropriado ou prematuro pode se dar virtualmente após qualquer número de sessões (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Além disso, a definição baseada no critério de um ponto de corte para o tempo de tratamento assume a hipótese de que há um número mínimo de sessões necessário para se atingir os objetivos do tratamento. Essa hipótese pressupõe uma modalidade de tratamento mais estruturada, mais objetiva e menos flexível, como as psicoterapias que seguem manuais ou alguns tipos de terapia cognitiva, por exemplo. Esse critério de definição encontra obstáculos quando a terapia em questão segue uma abordagem humanista ou psicanalítica, dentre outras. A duração mínima desses tipos de psicoterapia é em geral imprevisível e suas técnicas seguem um padrão que depende muito do funcionamento do paciente, tornando difícil estabelecer um ponto de corte único. Pontos de corte dependem da modalidade de tratamento: três meses, como propõem Hauck et al. (2007), pode ser considerado um abandono precoce para a psicoterapia psicanalítica, mas chega a ser a duração total de muitos tipos de psicoterapias cognitivas. Do mesmo modo, definir

abandono por um número mínimo de sessões comparecidas não se mostra confiável, já que alguns pacientes apresentam uma melhora significativa em poucas sessões de tratamento, por vezes antes do esperado (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007).

Assim, as definições de abandono fundamentadas no julgamento do terapeuta acabam se mostrando as mais confiáveis e generalizáveis, uma vez que respeitam a singularidade de cada caso e podem ser aplicadas em qualquer modalidade de tratamento. Além disso, selecionar um número de sessões comparecidas para definir o abandono ou decidir que um paciente que não comparece à sessão deve ser considerado abandonante não deixa de ser uma forma de julgamento do terapeuta (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Nesse sentido, definir abandono com base no julgamento do terapeuta parece ser a forma mais adequada. Certamente, pesquisas que utilizam essa definição acabam sofrendo críticas quanto à subjetividade da avaliação de cada terapeuta, os quais muitas vezes utilizam critérios diferentes para classificar um paciente como abandonante. Seria conveniente, portanto, criar uma definição padronizada para abandono que auxilie os terapeutas de diferentes escolas a classificar os términos dos tratamentos.

Crítérios Utilizados nas Diferentes Definições Encontradas na Literatura

Visando propor, então, uma definição única e padronizada de abandono para os terapeutas e para os estudos vindouros, não parece confiável conceituar abandono utilizando como critério único o não-comparecimento ou o estabelecimento de um número fixo de sessões, formas que já se mostraram ineficazes pelas razões apontadas. Kazdin (1996) propõe que três condições geralmente estão presentes na definição de abandono: 1) O paciente deixa o tratamento; 2) A decisão é tomada unilateralmente pelo paciente e 3) O terapeuta (ou equipe de trabalho) percebe a decisão como imprudente e prematura. A segunda condição é também enfatizada por muitos autores (Lhullier, Nunes & Horta,

2006; Piper et al., 1999; Richmond, 1992; Westbrook & Kirk, 2005), os quais preconizam em suas definições que o abandono se dá por decisão unilateral, ou seja, sem a concordância do terapeuta. Entretanto, há casos em que o terapeuta é comunicado pelo paciente de sua decisão de abandonar a terapia e, ainda assim, nada pode fazer para impedir o término da terapia – como nos casos em que o paciente perde sua fonte de renda ou muda-se de cidade, por exemplo. Tais casos não podem deixar de ser conceituados como abandonantes, já que a terapia não foi finalizada. Nesses casos, o terapeuta muitas vezes chega inclusive a concordar com o abandono do paciente e prepará-lo para tal, pois a interrupção pode estar sendo decorrente de uma mudança de vida positiva para o paciente. Trazendo algumas ilustrações, o terapeuta pode considerar uma interrupção positiva do tratamento quando o paciente muda-se de cidade em decorrência de uma promoção profissional, embora isso não signifique que a psicoterapia tenha trazido algum alívio para os sintomas e que o tratamento tenha sido finalizado. Casos em que o paciente não se adapta a uma modalidade terapêutica e é encaminhado pelo terapeuta a outro modelo de psicoterapia, por exemplo, também não devem ser considerados como alta. Em suma, o terapeuta pode concordar em terminar um tratamento porque o paciente relata obstáculos externos para continuar ou refere insatisfação com o tipo de tratamento (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). Casos assim não parecem entrar no grupo de pacientes cujo término se deu por “alta”, tendo em vista que alguns pacientes abandonam antes que o tratamento tenha lhe trazido qualquer ajuda.

Por outro lado, prever exceções à definição de abandono, como fez Richmond (1992), baseado nos motivos que levaram o paciente a interromper, acaba abrindo um leque infinito de possibilidades que precisariam ser pressupostas, tornando menos consistente a definição. Além disso, cada terapeuta usaria um critério subjetivo para prever casos de exceção, levando-nos de volta ao ponto de coexistirem diferenças conceituais

irreconciliáveis. Não obstante, definir abandono apoiado no motivo explicitado pelo paciente cria um impasse ainda maior, tendo em vista que Vargas e Nunes (2003) mostraram que a maioria dos pacientes não verbaliza nenhuma razão para o abandono do tratamento e, quando o fazem, em geral expressam dificuldades financeiras. Na psicoterapia psicanalítica, principalmente, o motivo manifesto pelo paciente não deve ser priorizado, já que, independente do motivo alegado, o abandono, inconscientemente, pode expressar apenas uma resistência ao tratamento. A definição de abandono deve optar, assim, por trabalhar com o fenômeno em si, independente do relato do paciente e do motivo alegado, o qual pode conter alguma distorção ou viés de percepção. Não deve também levar em consideração a concordância ou não do terapeuta, já que isso nos levaria a uma definição imprecisa pelas razões anteriormente explicitadas.

Pensa-se, dessa forma, que a definição mais adequada de abandono deve ser fundamentada com base nos objetivos do tratamento, levando em consideração se estes foram ou não atingidos. A definição precisa de abandono, portanto, deve ser aquela que enquadra os casos em que o paciente ou o terapeuta termina a psicoterapia antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente do motivo que levou à interrupção.

Pensar em uma definição enraizada nos objetivos e nas conquistas da terapia pressupõe o estabelecimento de um contrato terapêutico no início do processo. Terminada a fase de avaliação, em qualquer modalidade de tratamento, o terapeuta organiza um plano de tratamento a partir dos objetivos a serem atingidos. Esse plano é discutido com o paciente e, com base nele, se inicia uma psicoterapia. Assim, a terapia estaria encerrada no momento em que os objetivos traçados nesse contrato tiverem sido alcançados. Em uma psicoterapia de longa duração, como a psicoterapia psicanalítica, por exemplo, o contrato pode ser refeito ao longo do processo, estabelecendo constantemente novos objetivos. Em

qualquer momento da psicoterapia, o paciente pode estar satisfeito em ter cumprido o primeiro plano de tratamento proposto e não se dispor a estabelecer novos objetivos. Por ter cumprido os objetivos previstos no contrato estabelecido, casos assim devem ser considerados como alta a partir dessa definição. Por consequência, casos em que o paciente obteve vários benefícios, mas interrompeu antes que os objetivos previstos tenham sido atingidos, devem ser considerados como abandono. Mesmo que o tratamento tenha trazido algum benefício, é considerado abandono se o paciente desiste sem atingir os benefícios estabelecidos no contrato (Kazdin, 1996).

Deve-se antever também situações em que o paciente interrompe a psicoterapia quando esta ainda se encontra em período de avaliação, ou seja, antes que esteja claro para paciente e terapeuta seus objetivos no processo. Portanto, há a necessidade de criar uma terceira categoria para classificar o término do tratamento. Situações nas quais os pacientes interrompem o tratamento antes que os objetivos estejam definidos devem ser definidas como “não-aderência”.

Garfield (1989) faz um entendimento similar ao proposto neste trabalho ao preconizar que abandonantes são os pacientes que interrompem a psicoterapia, sendo que o período de avaliação deve ser considerado como anterior à psicoterapia. O abandono seria constituído por pacientes que, após iniciada a psicoterapia, interrompem o processo. O estabelecimento de um contrato terapêutico marcaria o ponto de corte entre não-aderência e abandono.

Entretanto, apesar dessa distinção parecer clara e acessível na prática clínica, acaba sendo bastante confusa na realidade das pesquisas. Faltam dados muitas vezes que especifiquem se a psicoterapia foi ou não iniciada. Pesquisas com um olhar retroativo, como a pesquisa documental, encontram dificuldades de obter informações sobre em que etapa do processo terapêutico ocorreu a interrupção. A fim da utilização da categoria “não-

aderência” nas pesquisas clínicas, parece necessário estipular um ponto de corte mais preciso e mais delimitado entre “não-aderência” e “abandono”. Johansson e Eklund (2006) diferenciam ambas categorias com base no comparecimento à primeira sessão agendada. Silva, Aguiar, Felix, Rebello, Andrade e Mattos (2003) ampliam esse prazo e pressupõem que pacientes que permaneceram em atendimento por menos de 1 mês devem entrar na categoria de não-aderência.

Nesse sentido, a fim de contemplar as diferentes técnicas terapêuticas e seus tempos de duração, preconizamos estipular pontos de corte distintos para cada modalidade no que se refere à categoria de “não-aderência”. Estudos específicos para cada modalidade devem ser realizados a fim de estipular quanto tempo de tratamento é necessário para diferenciar as categorias “abandono” e “não aderência” nos diversos referenciais teóricos existentes.

A Distinção entre “Não Aderência” e “Abandono” na Psicoterapia Psicanalítica

O atendimento psicoterapêutico divide-se em duas fases: 1) avaliação e 2) tratamento/psicoterapia. A distinção entre não aderência e abandono depende, portanto, da fase em que a interrupção do atendimento ocorreu. Propõe-se, nesse trabalho, que o paciente seja considerado não aderente se o atendimento é interrompido na fase de avaliação e seja considerado abandonante se o atendimento é interrompido depois que o tratamento foi iniciado.

Ao receber um paciente que busca psicoterapia, cabe ao terapeuta fazer uma avaliação inicial e constatar a melhor forma de ajuda para esse paciente. Paciente e terapeuta, durante ou ao final dessa fase inicial, optam por iniciar ou não a psicoterapia. As entrevistas iniciais têm como objetivo verificar as indicações e contra-indicações de psicoterapia psicanalítica para o caso em questão, dar início à construção de uma aliança

de trabalho entre o par terapêutico, esclarecer os objetivos do tratamento e fazer um planejamento técnico que permita atingir os objetivos traçados (Iankilevich, 2005). Apenas após as entrevistas iniciais, o contrato é estabelecido e a psicoterapia é iniciada formalmente (Zimmerman, 2004). Luz (2005) define a fase inicial como “a etapa que se estende desde o primeiro contato do paciente com o terapeuta até o estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida entre eles. Pode ocupar algumas semanas ou perdurar por meses” (p.254).

Assim, apesar da necessidade de reconhecer e ponderar que o tempo necessário para a realização da avaliação pode variar dependendo do paciente e do terapeuta, torna-se necessário estipular um tempo médio de duração que sirva como ponto de corte para o início do processo. Na psicoterapia psicanalítica, a análise precedente permite propor a definição de não aderência conferida por Silva et al. (2003), a qual classifica como não aderentes os pacientes que ficaram por menos de 1 mês em atendimento.

Entende-se que tal período de tempo usa como critério a noção psicanalítica de aliança terapêutica, conforme as definições conferidas por Bordin (1979) e Luborsky (1976). Aliança terapêutica é por ambos definida como uma relação de colaboração entre paciente e terapeuta, com três constituintes: comprometimento entre ambos frente à tarefa, aos objetivos definidos e à formação de um vínculo de trabalho positivo. A partir dessa definição, foi construído um inventário para mensurar a aliança terapêutica, *The Revised Helping Alliance Questionnaire* (HAQ-II), com um alto grau de confiabilidade e consistência (Luborsky, Barber, Siqueland, Johnson, Najavits, Frank et al., 1996). Em pesquisas com objetivo de avaliar a aliança terapêutica usando o HAQ-II, o questionário deve ser preenchido por terapeuta e paciente uma vez que as sessões introdutórias de avaliação tenham terminado. Philips, Wennberg e Wezbart (2007), pesquisando a aliança terapêutica na psicoterapia psicanalítica, consideraram que esse período de avaliação teria

duração de 2 a 4 sessões. Logo, entenderam que o prazo de 2 a 4 sessões é o necessário para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o início da psicoterapia. Na prática clínica, Berenstein (1972) e Etchegoyen (2004) defendem a realização de pelo menos 2 ou 3 entrevistas antes de fechar o contrato com o paciente.

Em psicoterapia psicanalítica, diferentemente da análise, o tratamento obedece a uma frequência média de 1 ou 2 sessões semanais. Entende-se, portanto, que na maioria dos casos, o prazo de 4 sessões equivale-se ao prazo de um ou meio mês de atendimento, conforme a frequência. Visando criar um critério único, um mês de atendimento é o prazo confiável para que a avaliação tenha sido concluída e a psicoterapia tenha sido iniciada. Propor o prazo de 15 dias não garantiria que a avaliação tenha sido concluída e o contrato tenha sido realizado.

Dessa forma, entende-se que o atendimento psicoterapêutico compreende a fase inicial de avaliação - a qual tem duração média de 1 mês - e a fase posterior de tratamento ou psicoterapia - iniciada no segundo mês de atendimento.

Considerações Finais

Assim, com base no acima exposto, propõem-se as seguintes categorias para o término do tratamento na psicoterapia psicanalítica:

- 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. Como regra geral, 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, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independentemente 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.

Na psicoterapia psicanalítica, com base na noção de aliança terapêutica, o limite de tempo de 1 mês foi estipulado para diferenciar o término por abandono do término por não aderência. Para as demais modalidades de psicoterapia, torna-se necessária a realização de mais estudos a fim de estipular um ponto de corte.

Problematizar a dificuldade de definir abandono é apenas o primeiro passo para entender a complexidade de fatores que o fenômeno impõe. Mais estudos precisam ser realizados a fim de testar a definição aqui proposta em diferentes contextos clínicos e de pesquisa, objetivando chegar a uma definição adequada e padronizada de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica. A definição proposta nesse artigo constitui-se em um avanço inicial para a construção de uma definição útil tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica.

Referências

- Almeida Filho, N., Mari, J.J., Coutinho, E., França, J.F., Fernandes, J.G., Andreoli B., & Busnello E. (1992) Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Rev ABP-APAL*, 14, 93-104.
- Armbruster, P. & Schwab-Stone, M. (1994) Child guidance clinic drop outs: Sociodemographic factors. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 804-808.
- Arnou, B., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M., Markowitz, J., Klein, D., Thase, M., Kocsis, J., & Rush J. (2007) Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97, 197-202.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007) The efficacy of cognitive-behavior therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
- Berenstein, I. (1972) Comentario al trabajo de David Liberman “Evaluación de las entrevistas...”. *Revista de Psicoanálisis*, 29, 484-488.
- Bordin, E. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Busnello, E., Pereira, M., Knapp, W.P., Salgado, C.A., Tabora, J.G., Knijnik, L., Celtnin, L.H., Gigante, L., Hofmeister, M.R., Oliveira, N., Picon, P., & Beltrão, S.M. (1993) Morbidade psiquiátrica na população urbana de Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42(supl.1), 55-60.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Bucchianeri, M. (2007) Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 44(2), 193-204.
- Etchegoyen, R.H. (2004) A entrevista psicanalítica: desenvolvimento. In. *Fundamentos da técnica psicanalítica* (pp. 44-48). Porto Alegre: Artmed.
- Garfield, S. (1989) Giving up on child psychotherapy: Who drops out? Comment on Weisz, Weiss and Langmeyer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 168-169.
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin L.H.. (2007) Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 29(3), 265-273.
- Iankilevich, E. (2005) Planejamento. In. C. Eizirik, R. Aguiar, & S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica* (pp. 206-218). Porto Alegre: Artmed.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006) Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 140-47.
- Kazdin, A., Mazurick, J., & Bass, D. (1993) Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 2-16.

Kazdin, A. (1996) Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1*, 133-156.

Lester, S., & Harris, S. (2007) Factors associated with first session nonattendance at a university-based family therapy clinic. *American Journal of Family Therapy, 35*, 363-376.

Lhullier, A., Nunes, M.L., & Horta, B. (2006) Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In. E. Silveiras (Org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 229-256). Campinas: Alínea.

Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I., Schroeder, B., & Fiegenbaum W. (2005) Who comes? Who stays? Who profits? Predicting refusal, dropout, success and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research, 15* (3), 210-225.

Luborsky, L. (1976) Helping alliance in psychotherapy. In. J. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-111). New York: Brunner/Mazel.

Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A., & Daley D. (1996) The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 260-271.

Luk, E., Staiger, P., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler R. (2001) Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 28-36.

Luz, A. (2005) Fases da psicoterapia. In. C. Eizirik, R. Aguiar & S. Schestatsky (Orgs). *Psicoterapia de orientação analítica* (pp. 254-267). Porto Alegre: Artmed.

Maramba, G., & Hall, G. (2002) Meta-Analyses of Ethnic Match as a Predictor of Dropout, Utilization, and Level of Functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*(3), 290-297.

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*(2), 113-118.

Pekarik, G. (1985) The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy, 22*(1), 86-91.

Pelkonen, M., Marittunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist J. (2000) Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(3), 329-336.

Philips, B., Wennberg, P., & Wezbart, A. (2007) Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy, 80*(2), 229-245.

Piper, W., Joyce, A., Rosie, J., Ogrodniczuk, J., McCallum, M., O'Kelly, J., & Steinberg P. (1999) Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy, 36*(2), 114-122.

Reis, B., & Brown, L. (1999) Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*, 123-136.

Richmond, R.. (1992) Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*(2), 123-130.

Shuman, A., & Shapiro, J. (2002) The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal, 38*(1), 3-16.

Silva, V., Aguiar, A., Felix, F., Rebello, G., Andrade, R., & Mattos H. (2003) Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(3), 133-8.

Singh, H., Janes, C., & Schechtman, J. (1982) Problem of children's treatment attrition and parent's perception of the diagnostic evaluation. *Journal of Psychiatric Treatment Evaluation, 4*, 257-263.

Target, M., & Fonagy, P. (1994) Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 361-371.

Vargas, F., & Nunes, M.L. (2003) Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia, 17* (18), 155-58.

Weisz, J., Weiss, B., & Langmeyer, D. (1987) Giving up on child psychotherapy: Who drops out?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(6), 916-918.

Westbrook, D., & Kirk, J. (2005) The clinical effectiveness of cognitive-behavior psychotherapy: Outcome of a large sample of adults treated in routine practice. *Behavior, Research and Therapy, 43*, 1243-1261.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropouts. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 190-195.

Zimmermann, D., & Abreu, J.R. (1994) Interrupção de psicoterapia psicodinâmica: contribuição ao seu estudo. *Arquivos Brasileiros de Psicoterapia Psicanalítica, 1*(1), 66-74.

Zimerman, D. (2004) O primeiro contato. A entrevista inicial. Os critérios de analisabilidade. O contrato. In. *Manual de técnica psicanalítica – uma re-visão* (pp. 57-65). Porto Alegre: Artmed.

ESTUDO EMPÍRICO

**PREDITORES DE ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS**

**PREDITORES DE ABANDONO DE TRATAMENTO NA PSICOTERAPIA
PSICANALÍTICA DE CRIANÇAS**

**PREDICTORS OF TREATMENT DROPOUT IN CHILDREN
PSYCHOANALYTICAL PSYCHOTHERAPY**

RESUMO

Introdução: As altas taxas de abandono em psicoterapia e a lacuna na literatura sobre abandono de tratamento na psicoterapia de crianças justificam a realização de pesquisas com este foco. A literatura aponta que algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas poderiam prever o desfecho da psicoterapia, o presente estudo objetivou verificar se há preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças na amostra pesquisada.

Método: Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com os prontuários de duas instituições de atendimento psicológico a crianças em Porto Alegre.

Resultados: Foram pesquisados prontuários de 2106 crianças. Destas, 200 tiveram alta e 793 abandonaram seus atendimentos. Os grupos foram comparados e os resultados indicam que meninos apresentam mais risco de abandonar o tratamento; crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos apresentam menos risco de abandono. Após o sexto mês de atendimento, o risco de abandono decai consideravelmente.

Discussão: Os resultados são discutidos à luz da literatura sobre gênero, abandono de tratamento e crianças em psicoterapia. Algumas hipóteses são levantadas para as associações e não-associações encontradas neste estudo.

Considerações Finais: Conhecer preditores de abandono em psicoterapia possibilita que terapeutas possam identificar precocemente pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono, oportunizando-lhes trabalhar preventivamente e mais diretamente aspectos de resistência e transferência negativa desses pacientes e seus familiares, principalmente nos primeiros seis meses de tratamento. Criar técnicas de intervenção precoce com os pais dessas crianças e realizar tratamentos transdisciplinares também são saídas possíveis para evitar o abandono.

Palavras-Chave: Abandono; Psicoterapia Psicanalítica; Crianças.

ABSTRACT

Introduction: The elevated psychotherapy dropout rates and the literature gap about treatment dropout in children's psychotherapy justify researches aiming this focus. Literature indicates that some social-demographic and clinical characteristics could predict psychotherapy outcome and the present study aimed to verify if there are treatment dropout predictors for children psychoanalytical psychotherapy in the researched sample.

Methods: This is a documental and retrospective study with psychotherapy records from two institutions of psychological attendance for children in Porto Alegre.

Results: Records of 2106 children were analyzed. Among these children, 200 of them completed (were discharged) and 793 dropped-out their treatments. Both groups were compared and results indicate that boys present more risk to dropout the psychotherapy; children derived to psychotherapy from neurologists or psychologists presented less risk for treatment dropout. After the sixth month of psychotherapy, the dropout risk decline considerably.

Discussion: Results are discussed through gender, treatment dropout and children psychotherapy literature. Some hypotheses are raised up to justify associations and non-associations found in this study.

Final Considerations: Knowing psychotherapy dropouts predictors allow therapists to prematurely identify patients pertaining to dropout risk group, given them the opportunity to early work directly aspects of resistance and negative transference of these patients and their relatives, especially in the first six months of treatment. Creating precocious intervention techniques with these children's parents and realizing transdisciplinary treatments are also possible exists to avoid dropout.

Keywords: Dropout; Psychoanalytical Psychotherapy; Children.

Introdução

O abandono em psicoterapias tem amplo espaço de pesquisa e discussão no meio clínico e científico, visto apontarem vários estudos para uma taxa entre 25 e 60% dos casos pesquisados (Botega, Fontanella, Gonçalves & Rodrigues, 1988; Chen, 1991; Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birleson & Adler, 2001; Midgley & Navridi, 2006), dependendo do estudo e das características do serviço.

Dentre as pesquisas sobre abandono de tratamento, muitas encontraram características clínicas associadas ao abandono em pacientes adultos, tais como: aliança terapêutica; troca de psicoterapeutas; número de faltas durante o tratamento (Lhullier, Nunes & Horta, 2006); características psicopatológicas - ‘psicoticismo’ e ‘sentimentalismo’- (Fassino, Amianto, Abbate Daga & Leombruni, 2007); motivação e sensibilidade interpessoal (Johansson & Eklund, 2006); sintomas psicossomáticos; sexualidade insatisfatória; abuso de álcool e substâncias farmacêuticas e exposição na infância à violência e ao abuso sexual (Nickel, Nickel, Leiberich, Mitterlehner, Forthuber, Tritt et al., 2004).

Em estudos concentrados em adultos, dados sócio-demográficos também mostraram associações com abandono, dentre eles: local de residência do paciente (fora da área do serviço); falta de vale transporte; o fato de o paciente ter procurado espontaneamente o serviço; o paciente ser do sexo masculino (Melo & Guimarães, 2005); a idade do paciente e o fato deste ter filhos (Lhullier, Nunes & Horta, 2006).

Em 2000, Marttunen, Laippala e Lönnqvist investigaram adolescentes que abandonaram o tratamento, tanto no que diz respeito a dados clínicos como a dados sócio-demográficos. Os autores demonstraram associação entre abandono precoce e baixo *status* sócio-econômico dos pais; o paciente não apresentar transtornos de humor; não usar medicação psiquiátrica e fazer uso abusivo de substâncias.

Há, dessa forma, necessidade de seguir investigando as características do paciente que o influenciam na decisão de interromper o tratamento, pois é freqüente que nem mesmo ele próprio saiba manifestamente os fatores envolvidos em sua decisão. Na maior parte das vezes, os pacientes não verbalizam nenhuma razão para o abandono do tratamento ou, quando a referem, informam dificuldades financeiras (Vargas & Nunes, 2003).

Ao contrário do que ocorre com as 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 refere-se à população escolar. É, no entanto, preocupante a magnitude dos problemas de saúde mental em crianças. A partir de recente estudo (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004), Nunes, Silva, Deakin, Dian e Campezzato (2006) estimaram que 10% da população de Porto Alegre entre 0 e 9 anos de idade precisariam de atendimento especializado em saúde mental.

Apesar dessas evidências, existem lacunas na literatura nacional e internacional no que diz respeito a abandono na psicoterapia de crianças. Dentre os estudos sobre abandono em psicoterapia, apenas 1% a 2% investigam crianças ou adolescentes (Kazdin, 1996). O fato de as pesquisas contarem principalmente com amostras de adultos aponta para a necessidade de se investigarem crianças, pois os fatores relacionados ao abandono de terapia por parte de adultos podem não ser aplicáveis a crianças. Por exemplo, uma pobre combinação entre paciente e terapeuta é um preditor importante para o abandono no caso da psicoterapia de adultos, mas o mesmo não se mostra verdadeiro no caso de crianças, conforme Midgley e Navridi (2006). Faltam, portanto, dados que especifiquem os fatores que podem interferir no fenômeno do abandono na psicoterapia de crianças. Entender os fatores que contribuem para o abandono de tratamento parece importante, tanto para

formar uma base para identificação de casos em risco quanto para intervir no sentido de melhor engajar a família no tratamento (Kazdin, 1996).

Embora sejam poucos os estudos, a literatura mostra a existência de preditores sócio-demográficos e clínicos de abandono na psicoterapia de crianças. Os fatores que mais atraem a atenção dos pesquisadores, nos casos de psicoterapia de crianças, incluem: *status* sócio-econômico; fonte de encaminhamento; atraso na espera para atendimento; distância geográfica dos serviços de atendimento; história prévia de tratamento; estresse parental; expectativas dos pais; natureza da psicopatologia da criança; sexo da criança; idade da criança e dos pais; origens étnicas; idioma falado em casa; desemprego; educação da mãe; configuração parental e familiar; renda; tamanho da família e duração da queixa da criança (Kazdin, 1996; Luk et al., 2001; Midgley & Navridi, 2006).

Os achados quanto ao impacto desses fatores são contraditórios e as evidências sugerem que nenhum fator isolado pode ser necessário ou suficiente para prever o abandono de tratamento com crianças. Mesmo assim, Luk et al. (2001) referem que abandono parece estar associado com configuração familiar (mães jovens e famílias monoparentais);, situação sócio-econômica (famílias sócio-economicamente prejudicadas) e motivo de consulta (crianças com grave comportamento anti-social). Kazdin (1996), por sua vez, sugere associação positiva e direta entre abandono e desvantagem sócio-econômica da família (menor educação, menor renda, receber ajuda financeira do governo, moradia em locais muito pequenos ou perigosos); constelação familiar (mães mais jovens, famílias compostas por apenas um dos pais, famílias formadas por grupos minoritários); psicopatologia dos pais (mãe relata história de comportamento anti-social quando era criança); sintomas das crianças (alto número de sintomas agressivos, anti-sociais e de conduta na criança, independente do diagnóstico) e funcionamento acadêmico/educacional da criança (abaixo da inteligência normal, história de repetências escolares). Midgley e

Navridi (2006) demonstraram que o tempo de atendimento está associado ao abandono: crianças que permaneceram em atendimento por mais de dois anos tendem a não abandonar seus tratamentos. Esses autores ainda encontraram associação entre abandono e sexo, sendo crianças do sexo feminino mais prováveis de concluir seus atendimentos e de não abandoná-los.

Percebe-se, nesses estudos, que condições econômicas desfavoráveis do paciente ou de sua família mostra-se como um fator associado ao abandono de psicoterapia. Garcia e Weisz (2002) pesquisaram razões para abandono de tratamento na psicoterapia de crianças e adolescentes e demonstraram que problemas no relacionamento terapêutico e questões financeiras foram os únicos fatores que distinguiram os pacientes que abandonaram dos que concluíram seus tratamentos. Em decorrência do alto custo financeiro dos tratamentos psicoterapêuticos, o atendimento em instituição aparece como uma saída para o impasse criado quando o paciente precisa de um atendimento de baixo custo. Há, entretanto, 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 e não necessariamente segundo demandas da população a ser atendida (Barbosa & Silvares, 1994; Calejon, 1995). Tal defasagem possivelmente é mais uma variável associada aos altos índices de interrupção do tratamento, já que estudos comprovam que abandono está relacionado à falta de conexão entre terapeuta e paciente (Urtiaga, Almeida, Vianna, Santos & Botelho, 1997). Torna-se, pois, necessária a realização de pesquisas que mapeiem o perfil dos pacientes atendidos em clínicas-escola mais associado ao abandono do tratamento, a fim de capacitar os profissionais que atendem nestas instituições a lidar com essas possíveis características.

As terapias de crianças sofrem grande influência dos pais ou responsáveis: eles decidem o momento da consulta, levam o paciente a consultar e arcam financeiramente com o tratamento. Garcia e Weisz (2002), por exemplo, pesquisaram com pais de crianças e adolescentes as razões para terem interrompido o tratamento de seus filhos. Eles concluíram que problemas no relacionamento terapêutico foi o maior motivo alegado, seguido de problemas financeiros. Luk et al. (2001) pesquisaram os pais de crianças com problemas de conduta que abandonaram os tratamentos realizados em um serviço de saúde mental. O abandono mostrou associação com pais que apresentaram insatisfação com o serviço em que eram realizados os atendimentos, bem como com pais que tinham a percepção de o tratamento ser pouco organizado. Os mesmos autores também associaram abandono com mães muito jovens e com baixa escolaridade.

Parece, entretanto, também haver características da própria criança envolvidas na questão do abandono da psicoterapia, como revelam Gallo, Amsler e Bürgin (2002). Estes autores pesquisaram crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório psiquiátrico em Basel, Suíça. Os abandonos de tratamento apresentaram maior incidência nos casos em que as crianças e os adolescentes consultaram encaminhados por serviços de emergência e hospitais gerais e foram em menor número nos casos em que os próprios pacientes solicitaram atendimento.

Ademais, um estudo (Shuman & Shapiro, 2002) realizado com pais de crianças atendidas em psicoterapia se propôs a investigar se a entrega de materiais informativos aos pais aumentava as taxas de adesão ao tratamento. Foram mostrados aos pais vídeos e folhetos sobre a importância do envolvimento deles no processo, como o brinquedo é usado em terapia, confidencialidade e a importância de persistir no tratamento até que os objetivos sejam atingidos. Os autores verificaram que os procedimentos preparatórios não aumentaram os índices de adesão. Este achado fornece indícios, dentre outras

possibilidades, de que fatores da criança também precisam ser trabalhados para que ela permaneça em psicoterapia.

O presente estudo tem, portanto, o objetivo de investigar relações entre características sócio-demográficas e clínicas de crianças atendidas em instituições de psicoterapia psicanalítica e o abandono da psicoterapia. Através de resultados que contribuam para elucidar o fenômeno, medidas preventivas estratégicas poderão ser estabelecidas para diminuir as altas taxas de abandono nas psicoterapias, especialmente com crianças.

Objetivos

- Examinar a relação entre variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, configuração familiar, escolaridade e cidade em que mora) e o abandono de psicoterapia psicanalítica de crianças.
- Examinar a relação entre variáveis clínicas (motivo da consulta, fonte de encaminhamento e tempo de atendimento) e o abandono de psicoterapia psicanalítica de crianças.
- Verificar quais variáveis sócio-demográficas e clínicas predizem o abandono de psicoterapia psicanalítica de crianças.

Método

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

A pesquisa foi realizada em duas instituições: Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (Contemporâneo) e Centro de Estudos e Atendimento

de Psicoterapia da Infância e Adolescência (CEAPIA)¹. Adotou-se o princípio do Estatuto da Criança e do Adolescente (Art.2º, 1990) que considera criança “a pessoa com até doze anos incompletos”. Foram incluídas na análise: a) todas as crianças que buscaram psicoterapia no Contemporâneo: a instituição foi fundada em 1997 e foram analisados prontuários de crianças que buscaram psicoterapia entre 1997 e 2007 e b) todas as crianças que buscaram psicoterapia no CEAPIA entre 1979 e 2007. Foram excluídos os prontuários referentes à segunda procura por atendimento do mesmo paciente em outro momento.

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

As variáveis de interesse foram definidas conforme os critérios, a seguir, listados.

- 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:
 - 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 um 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 de a decisão ter sido uni ou

¹ O Contemporâneo e o CEAPIA são instituições de pós-graduação no ensino em psicanálise que formam especialistas em psicoterapia psicanalítica de crianças. As instituições contam com ambulatórios que atendem a população de baixa e média renda por um valor mais acessível do que o geralmente cobrado em consultórios particulares. Os tratamentos realizados nestas instituições 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 pelas instituições.

bilateral. O atendimento deve ter tido duração mínima de um mês para o paciente ser considerado abandonante.

3) Alta: a psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos.

- Sexo, idade, configuração familiar, escolaridade, cidade em que mora a criança e fonte de encaminhamento: definidos conforme constante na ficha do paciente, de acordo com informações postuladas pelos pais ou responsáveis pela criança.
- Tempo de consulta: conforme informação fornecida pelo terapeuta da criança ao encerrar o atendimento, constante nos prontuários.
- 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 apresentadas no prontuário foram armazenadas de forma livre. 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 juízes que, através de um entendimento clínico das queixas constantes no banco de dados, categorizou cada paciente dentro das possibilidades propostas pelo CBCL.

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.); 9) problemas de aprendizagem (repetência, dificuldade em alguma disciplina, etc.).

Desde o início de seus tratamentos, tanto no Contemporâneo quanto no CEAPIA, os responsáveis pelas crianças assinam um termo de autorização, permitindo que os dados do seu atendimento fossem 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 por ambas as instituições, mas não fizeram parte da pesquisa. Os dados transpostos ao banco de dados não incluíam o nome dos pacientes.

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). Para examinar as relações entre variáveis sócio-demográficas e variáveis clínicas e a variável abandono, todas categorizadas, portanto discretas, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Foi utilizada a regressão de Poisson para calcular o risco relativo ajustado de abandono, a fim de verificar variáveis relacionadas de forma independente (preditoras) ao abandono. A probabilidade acumulada de abandono de tratamento foi estimada pela curva de Kaplan-Meier. Foram considerados significativos os resultados com valor de p menores do que 0,05.

Resultados

Foram analisados prontuários de 2.106 crianças. As Tabelas 1 e 2 ilustram a caracterização da amostra. Determinados dados não estavam completos nos prontuários, fazendo com que o número de casos em que não consta a informação seja bastante alto em algumas variáveis.

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

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	1391	66
Feminino	715	34
Total	2106	100,0
Idade		
Até 3 anos	90	4,3
4 - 6 anos	510	24,3
7 - 9 anos	887	42,0
10 - 11 anos	619	29,4
Total	2106	100,0
Escolaridade		
Maternal/Creche/Berçário	157	7,5
Pré-escola	246	11,8
Alfabetização	679	32,2
3ª série em diante	683	32,4
Não está na escola	45	2,1
Classe especial	15	0,7
Não consta	281	13,3
Total	2106	100,0
Configuração familiar		
Ambos os pais	1214	57,7
Apenas mãe	588	27,6
Apenas pai	33	1,6
Mãe e padrasto	113	5,5
Pai e madrasta	11	0,5
Outro familiar	109	5,3
Abrigo de proteção	6	0,3
Não consta	32	1,5
Total	2106	100,0
Cidade em que mora		
Porto Alegre	1772	84,1
Região Metropolitana	269	12,8
Interior	52	2,5
Não consta	13	0,6
Total	2106	100,0

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto às características clínicas

Variável	n	%
Motivo de consulta		
Ansiedade/Depressão	341	16,2
Retraimento/Depressão	130	6,2
Queixas Somáticas	135	6,4
Problemas de Relacionamento	237	11,3
Problemas de Pensamento	75	3,6
Problemas de Atenção	333	15,8
Comportamento Desafiador/Opositor	90	4,3
Comportamento Agressivo	435	20,7
Problemas de Aprendizagem	269	12,8
Não consta	61	2,9
Total	2106	100,0
Fonte de encaminhamento		
Familiares	197	9,3
Escola	654	31,1
Pediatra	125	5,9
Psiquiatra	100	4,7
Neurologista	150	7,1
Outras modalidades médicas	141	6,7
Psicólogo	215	10,2
Pedagogo	24	1,1
Outra instituição	108	5,1
Assistente social	17	0,8
Conselho Tutelar	17	0,8
Outros*	341	16,2
Não consta	187	8,9
Total	2106	100,0
Tempo de atendimento		
Apenas triagem	102	4,8
Menos de 1 mês	182	8,6
1-6 meses	440	20,9
7-12 meses	156	7,4
13-24 meses	116	5,5
25-36 meses	33	1,6
Mais do que 37 meses	23	1,1
Não consta	909	43,2
Total	2106	100,0

(*Foram agrupados na categoria ‘Outros’ todas as fontes de encaminhamento com menos de 15 crianças, dentre elas: fonoaudiólogo, advogado de família, colegas de trabalho dos pais, amigos dos pais, pastores, padres, treinadores de escolinhas de esporte (futebol, balê, natação etc.).

Das 2.106 crianças que compuseram a amostra total, não há dados sobre o tipo de término de tratamento de 681 pacientes (32,3% dos casos). A Tabela 3 demonstra a distribuição da amostra quanto ao desfecho do tratamento.

Tabela 3: Distribuição da amostra quanto ao término de tratamento

Tipo de Término	n	%
Não-aderência	284	13,4
Abandono	793	37,7
Alta	200	9,6
Ainda está em atendimento	148	7,0
Não consta	681	32,3
Total	2106	100,0

Tendo em vista que o objetivo do estudo foi analisar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas do paciente e abandono de tratamento, sua amostra final foi composta pelas crianças pertencentes à categoria ‘abandono’ (n=793) e à categoria ‘alta’ (n=200). Os dois grupos foram comparados, a fim de verificar quais as características relacionadas ao abandono. A amostra final, então, foi composta por 993 crianças. Os resultados quanto à relação entre abandono e variáveis sócio-demográficas e clínicas são, a seguir, apresentados.

1) Abandono e Idade

As variáveis ‘idade’ e ‘abandono’, nesta amostra, não se mostraram associadas ($\chi^2=3,476/gl=3/p=0,324$).

2) Abandono e Sexo

Os resultados mostraram associação entre abandono de tratamento e sexo da criança ($\chi^2=5,911/gl=1/p=0,015$). Crianças do sexo masculino apresentam maior risco de abandonar a psicoterapia do que meninas.

3) Abandono e Configuração Familiar

Para calcular a associação entre abandono e configuração familiar, foi necessário alocar em categorias as diversas possibilidades de agrupar a configuração familiar dos cuidadores da criança. Como ‘família’ é uma expressão possível de descrições, porém

de difícil definição conceitual por assumir diferentes estruturas de agrupamento humano através do tempo (Osório, 2002), optou-se por realizar os agrupamentos de acordo com três possibilidades. Visto que a literatura mostra relação entre abandono de tratamento e ausência da figura paterna, questionou-se: em qual categoria alocar crianças que moram com padrastos? Da mesma forma, alguns estudos sugerem que as taxas de abandono estão relacionadas a famílias monoparentais; disto adveio a pergunta: a família formada por padrastos e madrastas é conceituada como monoparental?

A primeira possibilidade foi considerar que crianças que moram com a mãe e o padrasto pertencem à categoria 'moram apenas com a mãe' e crianças que moram com pai e madrasta pertencem à categoria 'moram apenas com o pai'. De acordo com essa opção de categorização, não houve associação entre abandono e configuração familiar ($\chi^2=3,427/gl=3/p=0,330$).

A segunda possibilidade foi considerar famílias formadas por padrastos e madrastas como famílias nucleares, nas quais estão presentes as figuras materna e paterna. De acordo com essa possibilidade, as variáveis 'abandono' e 'configuração familiar' não se mostraram associadas ($\chi^2=1,982/gl=3/p=0,576$).

A terceira possibilidade foi retirar da amostra as crianças que moram com padrastos e madrastas, por se entender que não é possível traçar a natureza singular de cada relação, impossibilitando que se decida com segurança entre as opções 'moram apenas com a mãe/pai' e 'moram com ambos os pais'. Tal medida objetivou evitar o viés de introduzir no cálculo uma variável confundidora. Calculando a relação entre abandono e configuração familiar, definida conforme a terceira possibilidade de categorização (ou seja, excluindo famílias formadas por padrastos e madrastas), também verificou-se que não houve associação ($\chi^2=2,576/gl=3/p=0,462$).

Os resultados indicam, portanto, que, nessa amostra, não houve relação entre abandono de tratamento e configuração familiar.

4) Abandono e Escolaridade da Criança

As variáveis 'abandono' e 'escolaridade' não se mostraram associadas ($\chi^2=6,687/g1=5/p=0,245$).

5) Abandono e Cidade em que Mora

Os resultados indicam não haver relação entre abandono de tratamento e a cidade em que mora a criança, para a amostra deste estudo ($\chi^2=1,727/g1=2/p=0,422$).

6) Abandono e Motivo de Consulta

A relação entre abandono e motivo de consulta foi calculada de duas formas.

Primeiro, o cálculo foi feito mantendo as 9 categorias específicas propostas pelo CBCL. Nessa forma, não houve associação entre abandono e motivo de consulta ($\chi^2=4,087/g1=8/p=0,849$).

Depois, as 9 opções de queixas foram re-categorizadas de acordo com as categorias amplas propostas pelo CBCL, ou seja: a) competência social = problemas de aprendizagem; b) problemas de comportamento internalizante = ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas; c) problemas de comportamento externalizante = comportamento desafiador/opositor e comportamento agressivo; d) escala neutra = problemas de relacionamento, problemas de pensamento e problemas de atenção. Também não houve associação entre abandono e motivo de consulta ($\chi^2=0,922/g1=3/p=0,820$) no cálculo com as queixas re-categorizadas.

Assim, abandono e motivo de consulta não se mostraram associados nessa amostra.

7) Abandono e Fonte de Encaminhamento

Há também duas formas de categorizar a fonte de encaminhamento.

A primeira opção foi realizar os cálculos mantendo as categorias iniciais. Nessa forma, abandono e fonte de encaminhamento mostraram-se associados ($\chi^2=23,672/g1=7/p=0,001$). Crianças encaminhadas por neurologistas e por psicólogos abandonam menos do que as demais.

A segunda opção foi realizar os cálculos formando novas categorias para fonte de encaminhamento. Agruparam-se, em uma mesma categoria, denominada ‘Tratamentos Combinados’, todas as crianças encaminhadas para psicoterapia por pediatra, psiquiatra, neurologista, demais modalidades médicas, fonoaudiólogo e pedagogo. Entende-se que estes profissionais encaminham as crianças à psicoterapia a fim de realizarem tratamentos combinados para os problemas do paciente e objetivou-se verificar se a realização de tratamentos combinados associa-se a abandono de psicoterapia. O resultado apresentou significância limítrofe nessa associação ($\chi^2=7,302/g1=3/p=0,063$), indicando que há possibilidade de as crianças em tratamentos combinados abandonarem menos a psicoterapia, dependendo da amostra.

Assim, há relação entre abandono de tratamento e fonte de encaminhamento para a amostra pesquisada.

8) Abandono e Tempo de Atendimento

Abandono de tratamento mostrou-se associado ao tempo de atendimento para a amostra pesquisada ($\chi^2=131,924/g1=4/p=0,000$). Entre o primeiro e o sexto mês de tratamento, há mais risco de a criança abandonar o tratamento. A partir do sétimo mês de tratamento, a criança apresenta menos chances de abandoná-lo do que até o sexto

mês. A porcentagem de abandono decai com a passagem do tempo de atendimento, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4: Variáveis associadas ao abandono de tratamento

Variável	Abandono (%)	<i>p</i>	χ^2	gl
Sexo		0,015	5,911	1
Masculino	82,1			
Feminino	75,5			
Fonte de encaminhamento		0,001	23,672	7
Familiar	83,5			
Escola	81,5			
Pediatra	80,0			
Psiquiatra	76,9			
Neurologista	66,7			
Outras modalidades médicas	74,6			
Psicólogo	69,4			
Outros	89,0			
Tempo de atendimento		0,000	131,924	4
1-6 meses	91,8			
7-12 meses	71,0			
13-24 meses	53,5			
25-36 meses	42,4			
Mais do que 37 meses	45,0			

O abandono de tratamento está, portanto, relacionado ao sexo da criança, à fonte de encaminhamento e ao tempo de atendimento. Para isolar a possível interferência que uma variável pode exercer sobre outra, foi calculado o risco relativo ajustado de abandono.

Os resultados indicam que meninos apresentam 10% mais risco de abandonar o tratamento do que meninas (risco relativo ajustado=1,10/IC95%:1,03; 1,19/p=0,009).

Em comparação com encaminhamentos por neurologistas, o risco relativo ajustado de o paciente abandonar o tratamento quando encaminhado por outra fonte mostrou-se significativo:

- 1) No encaminhamento pela família

Risco relativo ajustado = 1,26 (IC95%:1,05; 1,52/p=0,013).

- 2) No encaminhamento pela escola

Risco relativo ajustado = 1,22 (IC95%: 1,03; 1,45/p=0,019).

3) No encaminhamento por ‘outros’

Risco relativo ajustado = 1,24 (IC95%: 1,13; 1,59/p=0,001).

Tais resultados indicam que o paciente encaminhado pela família apresenta 26% mais risco de abandonar o tratamento do que o paciente encaminhado pelo neurologista. Os encaminhados pela escola têm 22% mais risco de abandonar do que os encaminhados por neurologista. Os pacientes encaminhados por Conselho Tutelar, assistente social, pedagogo e pelas fontes explicitadas no rodapé da Tabela 2, por não serem numerosos o suficiente para entrar na análise estatística de forma isolada, foram agrupados na categoria ‘outros’. Nota-se que esta categoria acabou mostrando-se associada ao abandono, já que pacientes derivados para psicoterapia por estas fontes apresentam 24% mais risco de abandonar do que pacientes encaminhados por neurologista, o que pode ser entendido como resultado espúrio.

Em comparação com encaminhamentos por psicólogos, o risco relativo ajustado de o paciente abandonar, quando encaminhado por outra fonte, mostrou-se significativo:

1) No encaminhamento pela família

Risco relativo ajustado = 1,21 (IC95%:1,02; 1,42/p=0,026).

2) No encaminhamento pela escola

Risco relativo ajustado = 1,17 (IC95%: 1,01; 1,35/p=0,039).

3) No encaminhamento por ‘outros’

Risco relativo ajustado = 1,28 (IC95%: 1,10; 1,49/p=0,001).

Tais resultados indicam que o paciente encaminhado pela família apresenta 21% mais risco de abandonar o tratamento do que o paciente encaminhado pelo psicólogo. Os encaminhados pela escola têm 17% mais risco de abandonar do que os encaminhados por psicólogos. Pacientes derivados para psicoterapia por ‘outros’ apresentam 28% mais risco de abandonar do que pacientes encaminhados por psicólogos, outro resultado espúrio.

A curva de Kaplan-Meier demonstra que, uma vez iniciado o tratamento psicoterapêutico (isto é, desconsiderando o mês inicial de avaliação), a probabilidade de o paciente abandonar a psicoterapia no primeiro mês de tratamento é de 13%. Nos primeiros seis meses de tratamento, a probabilidade de a criança abandonar a psicoterapia é de 54%. Isto significa que nos primeiros seis meses o paciente tem mais probabilidade de abandonar o tratamento do que seguir em atendimento. Os resultados anteriores mostraram que meninos e crianças que não sejam encaminhadas por neurologistas ou psicólogos aumentam ainda mais essa probabilidade.

Discussão

Quanto à caracterização da amostra, dados semelhantes foram encontrados em estudos sobre a clientela brasileira de crianças em psicoterapia (Campezatto & Nunes, 2007; Marturano, Magna & Murtha, 1993; Marturano, Toller & Elias, 2005; Romaro & Capitão, 2003; Santos, 1990; Silvaes, 1996; Vanni & Maggi, 2005), os quais apontaram maior prevalência de meninos entre a clientela infantil encaminhada para atendimento psicoterapêutico em clínicas de psicologia, em idade escolar, numa faixa etária entre os 6 e os 12 anos, encaminhados pela escola. A literatura (Bolsoni-Silva, Marturano, Pereira & Manfrinato, 2006; Graminha & Martins, 1994) aponta que meninos apresentam mais problemas de comportamento externalizante (como agressividade e conduta anti-social) do que meninas, o que causa mais prejuízo no convívio escolar e familiar do que problemas internalizantes (como ansiedade, depressão e retraimento), sendo esta uma possível explicação para que eles sejam encaminhados para psicoterapia com maior frequência do que as meninas. Problemas externalizantes, além de serem mais visíveis, trazem incômodo de forma mais direta aos familiares, justificando a maior demanda de crianças com estes problemas para psicoterapia. A idade de maior procura coincide com a vida escolar e está

em consonância com a maior fonte de encaminhamentos para psicoterapia de crianças ser a escola. Possivelmente, a escola esteja mais preparada a detectar problemas infantis do que os pais ou os responsáveis pela criança, razão pela qual alguns sintomas só são percebidos quando a criança entra na escola (Gastaud & Merg, no prelo). Tendo em vista que a escola desempenha importante papel tanto na socialização quanto na aquisição de conhecimentos, espera-se de fato que problemas como ‘comportamento agressivo’, ‘problemas de atenção’, ‘problemas de aprendizagem’ e ‘problemas de relacionamento’ – queixas mais prevalentes nesta amostra - manifestem-se na entrada na escola e sejam mais facilmente percebidos pela escola do que pelos pais, por médicos ou por outros cuidadores. Não obstante, entende-se que o problema escolar pode estar encobrendo outras dificuldades prévias da criança, as quais, com a entrada na escola, passam a ser percebidas em sala de aula, através da dificuldade de formar amizades, aderir a regras ou ajustar-se ao ambiente escolar, por exemplo, justificando assim a maior prevalência de encaminhamentos pela escola (Santos, 1990).

A distribuição da amostra quanto à configuração familiar reflete a mudança na estrutura familiar observada atualmente. A partir do século XX, verifica-se o surgimento da família ‘contemporânea’: o casamento e a própria família sofrem influências das mudanças sociais; o modelo patriarcal começa a ser questionado; existe maior tendência à redefinição dos papéis masculino e feminino; observa-se a entrada das mulheres no espaço público que anteriormente era ocupado pelo homem. Neste contexto, o crescimento dos divórcios, a diminuição do número de casamentos formais e a redução do número de filhos aparecem como pontos significativos (Gueiros, 2002). O aumento do número de divórcios e de recasamentos e a conseqüente ruptura do vínculo conjugal do par parental sugerem que as novas estruturas de família podem ser definidas através das variáveis coabitação e consangüinidade (Wagner, 2002). A atual pluralidade de composições familiares foi

observada na amostra deste estudo, já que a suposta ‘família tradicional’ – formada por pai, mãe e filhos – representa 57,6% da amostra da presente pesquisa, enquanto 40,8% distribuem-se nas demais possibilidades de agrupamentos contemporâneos.

Considerando-se que ambas as instituições localizam-se na cidade de Porto Alegre, torna-se coerente e justificável a maior prevalência de crianças residindo em Porto Alegre ou Região Metropolitana. O fato de 2,5% de crianças atendidas em Porto Alegre serem provenientes do interior do estado levanta a hipótese de que há defasagem entre a demanda por atendimento e a prestação de serviços psicológicos para crianças de baixa e média renda em cidades fora da região metropolitana, obrigando as famílias a percorrerem longos trajetos até a capital para conseguir atendimento para os seus filhos.

A porcentagem de crianças encaminhadas para as instituições por psicólogos particulares (10,2%) talvez indique que muitas famílias que procuram atendimento em consultórios individuais não podem arcar financeiramente com os honorários cobrados por serviços particulares, sendo derivadas a instituições.

A taxa de abandono encontrada neste estudo (37,7%) está em consonância com a literatura pesquisada quanto à psicoterapia de crianças (Kazdin & Mazurick, 1994; Luk et al., 2001). Entretanto, desconsiderando os casos em que o tratamento ainda não terminou e aqueles para os quais não se pode determinar o tipo de término do tratamento (prontuários em que a informação não consta), a taxa de abandono da amostra pesquisada foi de 62,1%. O estudo de Midgley e Navridi (2006), realizado nos prontuários do Anna Freud Centre, em Londres, encontrou taxa de abandono de tratamento infantil igual a 60%. Mesmo assim, não é possível determinar se há diferenças ou semelhanças entre a realidade local de Porto Alegre e a realidade internacional quanto às taxas de abandono, em virtude do viés confundidor do uso de distintas definições de ‘abandono de tratamento’ nos estudos.

Quanto às associações entre abandono de tratamento e variáveis sócio-demográficas e clínicas, esperava-se (com base na literatura pesquisada) encontrar relação com idade, configuração familiar, escolaridade da criança, distância entre a residência e o local de atendimento e motivo de consulta, variáveis que, nesta amostra, não se mostraram associadas ao abandono. Diversas hipóteses podem ser levantadas com base na ausência de associação estatisticamente significativa. Grande parte dos estudos pesquisados não caracteriza sua amostra e limita-se a demonstrar associações ou não-associações com a variável de interesse (abandono). Portanto, talvez a amostra pesquisada no presente estudo (especificamente crianças atendidas em Porto Alegre, com renda média ou média-baixa, em ambulatórios vinculados a cursos de pós-graduação em psicoterapia psicanalítica) não se assemelhe à amostra pesquisada por outros pesquisadores.

Ademais, para caracterizar a variável ‘motivo de consulta’, o presente estudo coletou queixas alegadas pelos pais, triadores e terapeutas para iniciar a psicoterapia; não fez, entretanto, um entendimento diagnóstico dos problemas da criança. Levanta-se a hipótese de existir aproximação conceitual entre ‘motivo de consulta’ e ‘diagnóstico’ em alguns dos estudos que mostraram associação entre abandono e queixa (Kazdin, 1996; Luk et al., 2001). No estudo realizado com a presente amostra, foi considerada apenas a queixa alegada e não o diagnóstico da criança.

Da mesma forma, diferenças conceituais podem estar envolvidas na ausência de associação estatisticamente significativa entre abandono e configuração familiar para a presente amostra. Definir ‘família monoparental’ apresenta algumas dificuldades e as soluções dependem do referencial teórico adotado no estudo. Sugere-se, assim, que os autores explicitem o máximo possível, em seus relatos, as definições adotadas para categorizar suas variáveis, a fim de possibilitar uma comparação mais fidedigna entre os achados e a replicação do estudo em distintas amostras.

O presente estudo encontrou associação entre abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças e sexo, fonte de encaminhamento e tempo de atendimento.

Meninos apresentam risco superior (10%) de abandonar seus tratamentos do que meninas, em consonância com a literatura especializada (Kazdin, 1996; Midgley & Navridi, 2006). Nos estudos que encontraram associação entre sexo e abandono, geralmente, o sexo está associado à queixa e ao diagnóstico: em geral, meninos apresentam mais chance de serem levados à terapia por apresentar problemas externalizantes de comportamento e de receberem diagnósticos como funcionamento anti-social e transtornos de conduta. Casos severos como estes apresentam, segundo a literatura, mais risco de abandono de tratamento, colocando, por esta razão, os meninos no chamado ‘grupo de risco’ para abandono de psicoterapia. No presente estudo, não houve, entretanto, associação entre abandono e motivo de consulta, tornando difícil determinar ou propor explicações para o maior risco de abandono em crianças do sexo masculino. O fato de o estudo não ter encontrado associação entre queixa e abandono não exclui a possibilidade de sexo estar associado à queixa, já que – conforme discutido anteriormente – a presente investigação trabalhou com as queixas levantadas por pais, triadores e terapeutas de forma livre e espontânea, não-estruturada, e não trabalhou com diagnósticos. Ademais, o modelo utilizado para categorização das queixas (CBCL) apresenta limitações, como, por exemplo, número restrito de categorias (9), tornando-as demasiadamente abrangentes e pouco específicas. Queixas bastante distintas como fobias e depressões são agrupadas, para fins de análise, na mesma categoria: ansiedade/depressão. Tal inespecificidade pode ter causado um viés de confusão nos achados da pesquisa.

O tratamento combinado mostrou-se, no presente estudo, como fator preventivo de abandono, pois possibilita a compreensão transdisciplinar e mais especializada sobre o

problema do paciente, possivelmente aumentando a efetividade do tratamento e satisfazendo melhor as expectativas dos pais. Encaminhamentos por neurologistas atendem a essa perspectiva multidisciplinar, são casos, em geral, com dificuldades de desenvolvimento e que exigem acompanhamento psicológico permanente para a criança e para os pais. Quando os pais percebem e estão de acordo com a necessidade de tratamento – como, em geral, ocorre com crianças com problemas neurológicos -, o risco de abandono decai (Kazdin, 1996).

Kazdin (1996) salienta que quanto mais coercitiva for a fonte de encaminhamento, maior a probabilidade de abandono. Fontes coercitivas são aquelas em que o paciente é ‘mandado’ para tratamento (como a escola), em oposição à procura voluntária (como a procura espontânea dos pais). No presente estudo, entretanto, a procura espontânea dos pais aumenta em 26% o risco de abandono quando comparada à procura por neurologistas, o que contraria Kazdin, mas vai ao encontro das idéias de Midgley e Navridi (2006). Esses autores discutem que a motivação dos pais para trazer o filho à psicoterapia mostra-se ambivalente e que suas expectativas quanto à terapia são, muitas vezes, irreais, levando ao aumento do abandono.

As crianças encaminhadas por psicólogos podem ser provenientes de avaliação psicológica (na qual ficou constatada a necessidade de psicoterapia) ou de psicólogos que trabalham em consultórios particulares e que encaminham para as instituições as famílias que não apresentam condições de arcar com os honorários particulares. Em qualquer caso, os encaminhamentos por psicólogos permitem uma indicação mais precisa da necessidade de terapia, diminuindo o risco de abandono. A falta de critérios específicos de indicação e contra-indicação de tratamento psicoterapêutico mostra-se como um dos fatores responsáveis pelas altas taxas de abandono (Hauck, Kruehl, Sordi, Sbardellotto, Cervieri, Moschetti et al., 2007).

Outra possível proveniência de crianças encaminhadas por psicólogos é o encaminhamento realizado pelos terapeutas dos pais da criança, por terem percebido a necessidade de atendimento aos filhos de seus pacientes. Nesses casos, os pais trabalham em seus tratamentos sua participação no conflito da criança e contam com auxílio para suportar melhor fases de reação terapêutica negativa da psicoterapia de seus filhos, favorecendo a continuidade do tratamento da criança.

O tempo de tratamento é a variável mais constantemente associada ao abandono de tratamento na literatura. Abandonos de tratamentos são mais comuns nas fases iniciais do atendimento (Luk et al., 2001; Melo & Guimarães, 2005; Urtiaga et al., 1997). A formação de sólida aliança terapêutica entre terapeuta e paciente (e seus familiares) mostra-se como fator protetor para abandono de tratamento (Lhullier, Nunes & Horta, 2006), porém essa aliança necessita de tempo de convívio entre os envolvidos para poder se estabelecer. O ponto de corte em que o risco de abandono começa a decair significativamente varia entre os estudos. No presente estudo, o risco de abandono começa a decair significativamente aos seis meses de tratamento. O estudo de Urtiaga et al. (1997) mostra que o risco começa a diminuir após a décima sessão (embora o maior risco esteja nas quatro primeiras sessões). Midgley e Navridi (2006) encontraram que a maior parte das crianças cujo término ocorreu por alta recebeu tratamento por mais de dois anos e revelam que, a cada ano de atendimento que passa, o risco de abandono cai significativamente. Luk et al. (2001) encontraram resultados semelhantes ao da presente investigação: seu estudo demonstrou que, ao final do sexto mês de tratamento, 48% das crianças tinham abandonado o tratamento, 24% tinham tido alta e 28% ainda estavam em atendimento.

Uma vantagem do modelo de fatores de risco, como o empregado neste trabalho, é que a informação pode ser usada para identificar casos de risco para o desfecho, neste caso, o abandono de tratamento. A utilidade desta informação está na possibilidade de

identificar precocemente aqueles casos em risco. Este monitoramento desde cedo pode se mostrar muito útil na prática clínica. Por exemplo, se um paciente falta uma ou duas sessões, a reação do terapeuta pode ser muito diferente, dependendo do nível de risco. Para um caso identificado como de risco no início do tratamento, pode-se optar por intervir com mais empenho a fim de prevenir o término prematuro (Kazdin, 1996). A identificação precoce de casos de risco permite ao terapeuta empregar qualquer recurso disponível para reter o paciente em tratamento e aumentar suas chances de receber ajuda para suas necessidades.

Considerações Finais

Psicoterapeutas psicanalíticos de crianças devem estar atentos, durante os primeiros seis meses de psicoterapia, para o maior risco que apresentam seus pacientes do sexo masculino e que não vieram consultar encaminhados por neurologistas ou psicólogos de abandonar seus atendimentos.

O abandono do tratamento é frustrante tanto para o terapeuta quanto para o paciente, já que o primeiro sente-se incapaz e desvalorizado profissionalmente ao perder o paciente e o segundo acaba não recebendo a ajuda que procurou na psicoterapia. Entretanto, os psicoterapeutas de crianças precisam estar cientes de que determinados pacientes apresentam mais risco de abandonar o tratamento (meninos, encaminhados por outras fontes que não sejam neurologistas e psicólogos) e devem trabalhar mais direta e exaustivamente aspectos da resistência e transferência negativa destes pacientes e suas famílias durante os primeiros seis meses de tratamento a fim de evitar que o abandono aconteça. Vencidos os primeiros seis meses de psicoterapia, o risco de abandonar o tratamento diminui consideravelmente.

Há a hipótese, levantada a partir dos resultados deste trabalho, que a realização de tratamentos combinados possa contribuir para evitar o abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. Tecnicamente, trabalhar em conjunto com profissionais das áreas da neurologia, psiquiatria, fonoaudiologia e pedagogia possivelmente auxilie a diminuir os riscos de abandono de tratamento, pois o tratamento combinado fornece uma visão transdisciplinar do quadro clínico do paciente e possibilita o manejo técnico específico da sintomatologia e sofrimento da criança. Outro manejo técnico possível é identificar precocemente pacientes do grupo de risco de abandono e preparar melhor os pais ou cuidadores desses pacientes para iniciar o tratamento, fazendo maior número de entrevistas iniciais, avaliando melhor critérios de indicação e contra-indicação de psicoterapia psicanalítica e discutindo, desde o princípio da avaliação, aspectos da resistência e transferência negativa dos pais ou familiares da criança, a fim de fortalecer a aliança terapêutica.

Por se tratar de um estudo documental, há limitações inerentes ao método da pesquisa. Os resultados (principalmente quanto ao tipo de término do tratamento e ao motivo de consulta) são derivados de informações constantes nos prontuários dos pacientes, preenchidos subjetivamente por cada terapeuta e dependentes de sua percepção sobre o caso. Ademais, apesar de o estudo ter pesquisado uma grande amostra de crianças em psicoterapia, percebeu-se a falta de informações nos prontuários em diversas variáveis de interesse, limitação própria do estudo documental retrospectivo.

Mesmo assim, espera-se que este estudo tenha contribuído tanto para o entendimento teórico quanto técnico da psicoterapia psicanalítica de crianças. Sugere-se que mais estudos como este sejam realizados a fim de aumentar a compreensão clínica que o complexo fenômeno do abandono na psicoterapia psicanalítica de crianças impõe.

Referências

Barbosa, J., & Silves, E.F. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *11*, 50-56.

Bolsoni-Silva, A.T., Marturano, E.M., Pereira, V.A., & Manfrinato, J.W.S. (2006) Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Pré-Escolares: Comparando Avaliações de Mães e de Professoras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*, 460-469.

Botega, N.J., Fontanella, B., Gonçalves, E.B., & Rodrigues, T. (1988) Ambulatório de psiquiatria em hospital geral – alguns dados do HC/Unicamp. *Revista ABP-APAL*, *109*, 57-62.

Calejon, L.M.C. (1995) Estudos com pacientes de clínica psicológica universitária. *Mudanças–Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, *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*, 376-388.

Chen, A. (1991) Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, *42*, 282-87.

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.

Fassino, S., Amianto, F., Abbate Daga, G., & Leombruni, P. (2007) Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service. *Panminerva Medica*, *49*, 7-15.

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*, 727-734.

Gallo, A., Amsler, F., & Bürgin, D. (2002) Discontinuation of treatment in child and adolescent ambulatory psychiatric care in Basel: an evaluation within the scope of quality assurance. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *51*, 92-102.

Garcia, J.A., & Weisz, J.R. (2002) When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 439-43.

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.

Graminha, S.S.V., & Martins, M.A.O. (1994). Procura de atendimento psicológico para crianças: características da problemática relatada pelos pais. *Psico (Porto Alegre)*, *25*, 53-79.

Gueiros, D. A. (2002). Família e proteção Social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. *Serviço Social e Sociedade*, 71, 102-121.

Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., Schestatsky, S., & Ceitlin L.H. (2007) Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 29, 265-273.

Johansson, H., & Eklund, M. (2006) Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 140-47.

Kazdin, A., & Mazurick, J. (1994) Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 549-557.

Kazdin, A. (1996) Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.

Lhullier, A., Nunes, M.L., & Horta, B. (2006) Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. Em Silveiras E. (Org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 229-256). Campinas: Alínea.

Luk, E., Staiger, P., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler R. (2001) Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 28-36.

Marttunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist, L. (2000) Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 329-36.

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, 207-226.

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

Midgley, N., & Navridi, E. (2006) An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5, 437-459.

Nickel, M., Nickel, C., Leiberich, P., Mitterlehner, F., Forthuber, P., Triit, K., Rother, W., Loew, T. (2004) Psychosocial characteristics in persons who often change their psychotherapists. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154, 163-69.

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

Osório, L.C. (2002) O que é família, afinal? Em L.C. Osório. *Casais e famílias: uma visão contemporânea* (pp.13-23). Porto Alegre: Artmed.

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

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

Shuman, A., & Shapiro, J. (2002) The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal*, 39, 3-16.

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

Urtiaga, M.E., Almeida, G., Vianna, M.E.D., Santos, M.V., & Botelho, S. (1997) Fatores preditivos de abandono em psicoterapias: um estudo na clínica Sérgio Abuchaim. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46, 279-83.

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

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

Wagner, A. (2002). Possibilidades e potencialidades da família. A construção de novos arranjos a partir do recasamento. Em Wagner, A. *Família em Cena: tramas, dramas e transformações* (pp. 23-38). Petrópolis, RJ: Vozes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Ao término da presente dissertação de mestrado, com base nos estudos anteriormente apresentados, conclui-se que foi possível lançar um pouco mais de luz no problemático e enigmático fenômeno do abandono de tratamento, principalmente quando o abandono ocorre em psicoterapia psicanalítica. Na apresentação, foi discutida a implicação da teoria psicanalítica (principalmente as noções de resistência, transferência negativa, aliança terapêutica e reação terapêutica negativa) na compreensão do fenômeno do abandono de tratamento e foi enfatizada a necessidade de traçar associações entre o desfecho da terapia e variáveis que caracterizem o tratamento e o perfil do paciente, a fim de evitar a evasão da psicoterapia. Mesmo assim, como se percebe no Quadro 2 do estudo de revisão da literatura, poucas pesquisas com referenciais psicanalíticos são realizadas abordando o abandono de tratamento, lacuna que esta dissertação tentou suprir ou amenizar. Assim, a fim de auxiliar na prática clínica e na continuidade de pesquisas sobre o tema, esta dissertação objetivou compreender o fenômeno de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica e utilizou-se para isto de dois recortes no tema: 1) a definição de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica e 2) o estabelecimento de preditores de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. Por meio de estudo pormenorizado destes dois recortes do tema, foi possível contribuir tanto para a continuidade de pesquisas em psicoterapia psicanalítica (auxiliando na elaboração de uma psicoterapia baseada em evidência) quanto para a prática clínica.

O primeiro estudo, sobre a definição de “abandono de tratamento”, criou embasamento para estudos vindouros, os quais podem alicerçar suas definições na definição proposta naquele artigo. A necessidade de padronizar a conceituação desta variável parece inquestionável e foi esta a principal contribuição do estudo de revisão. Salienta-se que o Contemporâneo, uma das instituições em que foi realizada a coleta de

dados, passou a incorporar a definição proposta no artigo de revisão nas Notas de Alta preenchidas pelos terapeutas quando o paciente deixa a instituição, a partir da leitura deste trabalho. Assim, as próximas pesquisas realizadas na instituição poderão contar com a variável “término de tratamento” já padronizada, ao invés de depender do entendimento subjetivo de cada terapeuta. Tal medida viabiliza a pesquisa e orienta a prática clínica, pois força os terapeutas a refletirem com seus pacientes se os objetivos estabelecidos no contrato foram ou não atingidos ao longo do tratamento. Espera-se, desta forma, que mais estudos e mais ambulatórios de psicoterapia possam adotar a definição proposta, para que seja possível comparar os achados dos estudos futuramente.

O artigo empírico, sobre preditores de abandono na psicoterapia de crianças, contribui ainda mais para a clínica, pois permite aos terapeutas identificarem pacientes pertencentes ao grupo de risco para abandono e focarem a etapa inicial do tratamento, principalmente os primeiros seis meses, na elaboração da resistência destes pacientes e seus familiares a fim de evitar a evasão do tratamento. Este estudo encontrou que tal grupo de risco é formado por crianças do sexo masculino encaminhadas à psicoterapia por outras fontes que não sejam psicólogos ou neurologistas. Assim, a maior parte da demanda (meninos – 66%; encaminhamento pela escola – 31,1%) parece pertencer ao grupo de risco para abandono de tratamento, justificando as altas taxas de abandono encontradas. Entretanto, o conhecimento deste dado possibilita o trabalho preventivo dos terapeutas psicanalíticos para fortalecer a aliança terapêutica com estes pacientes e familiares.

Conclui-se, portanto, que a presente dissertação fez grandes contribuições à literatura especializada, à continuidade das pesquisas em psicoterapia psicanalítica, à prática clínica em psicoterapia e à produção acadêmica desta Universidade.

ANEXO:

**APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA DA
FACULDADE DE PSICOLOGIA DA PUCRS**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Faculdade de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Ofício 056-2007 – CIHJ

Porto Alegre, 6 de Novembro de 2007

Senhor(a) Pesquisador(a)

A Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo intitulado **"Abandono de Tratamento em Psicoterapia em Crianças"**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data, sem a necessidade de passar pelo Comitê de Ética, devido características específicas da pesquisa, e estar vinculada a um projeto maior previamente aprovado no Comitê de Ética da PUC-RS.

Atenciosamente

Profa. Dra. Adriana Wagner
Coordenadora da Comissão Científica da FAPSI

Ilmo(a) Sr(a)

Profa. Dra. **Maria Lúcia Tiellet Nunes** e Mestranda **Marina Bento Gastaud**

Faculdade de Psicologia

Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 – P. 11- 9º andar – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3500 – Fax (51) 3320 – 3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/psipos