

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA:
CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
INFANTIL NA CLÍNICA-ESCOLA**

**FLORIANÓPOLIS
2002**

NÉLI TELLES D'AJELLO

**PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA:
CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
INFANTIL NA CLÍNICA-ESCOLA**

**Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso
de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas - UFSC.**

Orientadora: Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

**FLORIANÓPOLIS
2002**

TERMO DE APROVAÇÃO

NÉLI TELLES D´AJELLO

PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA: CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL NA CLÍNICA-ESCOLA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: _____
Prof.^a Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Departamento de Psicologia, UFSC

Prof.^a Dra. Gohara Yvette Yehia
Instituto de Psicologia, PUCSP

Prof. Dr. Roberto Moraes Cruz
Departamento de Psicologia, UFSC

Florianópolis, 16 de agosto de 2002

À minha mãe;

Quem, desde antes de eu poder compreender o sentido e o significado do conhecimento, me apontou os caminhos do saber, incentivando-me constantemente nessa jornada;

Aos meus três amores, que esperaram, toleraram e suportaram os tempos difíceis;

Ao Caco, companheiro amoroso de todas as jornadas da vida,

Ao Luis Fernando e à Paula; que me fizeram mãe e sempre me ensinam o sentido da vida, e por eles no fim tudo vale a pena!

AGRADECIMENTOS

O mestrado foi uma trajetória de resgate e reconstrução acadêmica que inaugurou uma jornada de formação através do método e do conhecimento científico.

A dissertação é apenas uma das partes dessa jornada; as outras partes são distribuídas ao longo de dois anos de encontros e desencontros com o saber e com os companheiros de viagem. Durante esse percurso, tive muitos parceiros para quase todas as horas e gostaria de agradecer a todos que compartilharam comigo essa jornada, tornando possível a finalização deste trabalho;

Ao apoio da CAPES, via sistema ACADE, que a UNISUL proporcionou-me;

Em especial;

À *Beatriz Gomes Molinos*, amiga e psicóloga do SAPSI; por tudo! E também pela inestimável contribuição técnica, científica, informativa, além do afeto, das idéias, das trocas e da disponibilidade pessoal e profissional, sem os quais esta pesquisa não teria se efetivado;

A todos os funcionários do SAPSI e aos supervisores do SAI, em especial à *Geralda Martins Santana* e à *Maura Sell do Amaral*, pelo auxílio na coleta de dados e na localização de informações que foram imprescindíveis para a realização da pesquisa;

Aos *professores do mestrado da turma 2000*, com quem aprendi o ofício do método e da pesquisa em psicologia;

Ao prof. *Pedro Alberto Barbeta*, pelas preciosas instruções que auxiliaram no tratamento estatístico dos dados;

Ao *Roberto Moraes Cruz*, colega, com quem sempre pude contar e pelos “auxílios metodológicos”;

Ao *Clóvis Lima Borges Júnior*, meu irmão, pela assessoria técnica e pelo amparo e tolerância numa hora difícil;

Ao *Rogers Barbi*, pela amizade, disponibilidade e preciosa assessoria em informática;

Ao *Luis Fernando Telles D’Ajello*, meu filho, pelas traduções;

À *Paula Telles D’Ajello*, minha filha, pela ajuda técnica em digitações;

À *Mônica Henrique da Silva*, pelas trocas enriquecedoras e pela assessoria técnica na digitação do projeto;

Ao *Fernando Brandalise*, colega e amigo, pelas revisões e perguntas;

A *Luciana Shimidt* pelas sugestões e apoio técnico pontual na defesa;

À *Sandra Martins*, pela companhia ao final do percurso, organizando e revisando incansavelmente a produção textual da minha formação de mestre;

A *Saidy Maciel*, pela amizade.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	IX
LISTAS DE FIGURAS.....	XI
LISTAS DE ABREVIATURAS.....	XII
LISTA DE SIGLAS	XII
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUÇÃO.....	1
1 PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA: INTERVENÇÕES BREVES NA CLÍNICA-ESCOLA	11
1.1 O atendimento psicológico em clínica-escola: problemas e desafios.....	11
1.2 Avaliação psicológica, diagnóstico e psicodiagnóstico.....	15
1.2.1 Intervenções no psicodiagnóstico	20
1.2.1 A utilização de testes psicológicos.....	23
1.3 Psicodiagnóstico infantil	25
2 MÉTODO	30
2.1 Local.....	30
2.2 Fluxograma dos atendimentos.....	32
2.3 Caracterização da população infantil e dos atendimentos.....	34
2.4. Caracterização das variáveis	35
(1) Variáveis em relação a população	36
(2) Variáveis em relação aos atendimentos.....	38
2.5. Procedimentos para coleta de dados.....	42
2.5. Tratamento dos dados e análise dos resultados.....	42
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
3.1 Caracterização da população infantil.....	52
3.2 Caracterização dos atendimentos psicológicos	63
4 DISCUSSÃO.....	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS.....	111

ANEXOS.....	119
A. Histórico e normas de atendimento do SAPSI.....	119
B. Protocolo de coleta de dados.....	120
C. Tabela 10	121
D. Catálogo de queixas de crianças.....	122
E. Medidas estatísticas das variáveis quantitativas.....	123
F. Lista de Informações do psicodiagnóstico infantil.....	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição percentual das ocorrências de triagens realizadas no SAPSI, conforme a faixa etária, entre 1997 -2000.	45
Tabela 2. Distribuição percentual das ocorrências, por categoria, das variáveis idade, sexo e escolaridade da população infantil, para N=119	52
Tabela 3. Distribuição percentual das ocorrências da faixa etária dos pais da população infantil	54
Tabela 4. Distribuição percentual das ocorrências do tipo de profissionalização dos pais.	56
Tabela 5. Distribuição das ocorrências e percentual da origem do encaminhamento da população infantil.....	58
Tabela 6 . Distribuição percentual das ocorrências das categorias da origem do encaminhamento, por faixa etária da população infantil do SAI.....	59
Tabela 7. Distribuição percentual das ocorrências da renda mensal familiar (1997-2000).	59
Tabela 8. Distribuição percentual das ocorrências da queixa principal, por grupo de distúrbio*.....	62
Tabela 9. Distribuição das ocorrências e percentual dos tipos de queixa principal de maior frequência, para N = 119.....	63
Tabela 11. Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, por categoria de 1997 a 2000.....	63
Tabela 11-A. Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, por mês.	65
Tabela 12. Distribuição percentual das ocorrências dos motivos das desistências por categorias, para N = 53.....	67
Tabela 13. Distribuição das medidas estatísticas do intervalo de tempo de espera (meses), em relação aos motivos da desistência do atendimento no SAI.....	69
Tabela 13-A. Distribuição percentual das ocorrências do número de meses do intervalo de tempo de espera, em relação aos motivos da desistência do atendimento	70
Tabela 14: Distribuição percentual das ocorrências da clientela infantil nas diferentes modalidades de atendimento no SAI.....	73
Tabela 14-A: Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera (mês) em relação a cada modalidade de atendimento no SAI.....	75
Tabela 14-B. Distribuição das medidas estatísticas do tempo de espera, de atendimento e da quantidade de atendimentos em relação a cada modalidade de atendimento.....	78
Tabela 15. Distribuição percentual das ocorrências do tempo de atendimento (mês) por número de meses, no SAI.....	79

Tabela 16. Distribuição das ocorrências da quantidade de atendimentos realizados (sessão) para cada cliente, por categoria, de 1997 a 2000 .	81
Tabela 16-A. Distribuição das ocorrências do número de sessões para cada intervalo do tempo de atendimento (mês), de cada cliente, no SAI.	83
Tabela 17. Distribuição percentual das ocorrências do intervalo de tempo de atendimento em relação a cada modalidade de atendimento da clientela do SAI.	84
Tabela 18. Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de encerramento do atendimento no SAI.	85
Tabela 18-A. Distribuição das medidas estatísticas dos intervalos de tempo de espera, de atendimento e da quantidade de atendimento em relação ao tipo de encerramento do atendimento no SAI.	87
Tabela 18-B: Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de encerramento em relação as modalidades de atendimento no SAI.	88
Tabela 10. Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de queixa principal * da população triada no SAI de 1997 a 2000.	121

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do serviço de atendimento infantil SAI–SAPSI-UFSC.	33
Figura 1-A: Distribuição das ocorrências dos encaminhamentos da população infantil, que realizou triagem no SAPSI, de 1997 a 2000.	46
Figura 2. Quadro 1: Relação do número de pessoal disponível para atendimento infantil no SAPSI, por período	48
Figura 2-A. Quadro 2: Distribuição da frequência de supervisores/psicólogos disponíveis para atendimento no SAI, nos diferentes tipos de intervenção/modalidade, de 1997 a 2000.....	50
Figura 3. Distribuição percentual das ocorrências dos atendimentos das crianças cadastradas no SAI, para N=119 (12/2001).	50
Figura 4. Histograma 1: Distribuição das ocorrências das idades de 2 a 12 anos, da população triada no SAI.....	53
Figura 5. Distribuição percentual das ocorrências da faixa etária dos pais	56
Figura 6. Distribuição das ocorrências da renda mensal familiar, por número de salários mínimo informados, n = 61	61
Figura 7. Histograma 2: Distribuição das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, de um a 36 meses, para atendimento no SAI.	66
Figura 8. Histograma 3: Distribuição das ocorrências dos intervalos de tempo de atendimento (mês) no SAI.	80

LISTAS DE ABREVIATURAS

Compto.	comportamento
Desenv.	desenvolvimento
Desv.Pad.	desvio-padrão
Dif.	dificuldades
Dist.	distúrbios
Encam.	encaminhamento
Espec.	específicos
Func.	funcionários
Hab.	habilidades
Inst.	instituição
Orient.	orientação
Prof.	profissional
Psicodiag.	Psicodiagnóstico
Psicot.	psicoterapia
Terap.	terapia
Univ.	universidade

LISTA DE SIGLAS

APA	American Psychology Association
CE	Ceará
CELG	Centro de Estudos Luís Guedes
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
FAMED	Faculdade de Medicina da UFRGS
FAPESP	Fundação Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
PR	Paraná
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RS	Rio Grande do Sul
SAI	Serviço de Atendimento Infantil do SAPSI
SAPSI	Serviço de Atendimento Psicológico do departamento de psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina
SC	Santa Catarina
SP	São Paulo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

Este estudo trata da caracterização da população e dos atendimentos realizados no serviço de atendimento infantil da clínica-escola de Psicologia de uma Universidade pública da cidade de Florianópolis. O percurso metodológico exploratório-descritivo ocorreu através de pesquisa documental da população infantil (de 2 a 12 anos) que buscou atendimento no período de 1997 a 2000. As variáveis examinadas foram: idade, sexo, escolaridade, queixas, origem do encaminhamento, renda familiar, idade e tipo de profissionalização dos pais, tempo de espera; tempo, quantidade e modalidades de atendimento; tipos de encerramento e motivos das desistências. Os resultados, analisados através de tratamento estatístico, constataram: a faixa etária de maior concentração de 7 a 10 anos, predominantemente de meninos e a escolaridade com maior ocorrência é a de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental. As queixas principais mais frequentes são de mau desempenho escolar e de comportamento agressivo e/ou agitado; a origem do encaminhamento com maior frequência é da escola ou de profissionais da saúde. O intervalo de tempo de espera para atendimento é longo e a evasão é alta, pois 45% desistem antes de iniciar o atendimento, e, dos que iniciam, 40,7% interrompem o processo. A média do tempo de atendimento é de 5,6 meses nas modalidades de psicodiagnóstico, psicoterapia breve e terapia familiar. Na análise dos resultados compara-se os resultados de pesquisas nacionais similares. As clínicas-escola estão mais a serviço do estágio do que das demandas da clientela, é necessário a implantação de estratégias de avaliação dos processos terapêuticos.

Palavras-chaves: Clínica-escola; Prática clínica; Psicologia infantil

ABSTRACT

This study deals with the characterization of the infantile population and treatment carried on by the services of infantile treatment in a psychology training-clinic of a public University from Florianópolis. The method used was of the exploratory type and the data collection was made by the documental research of the infantile clientele (from the ages of 2 to 12) that has searched for treatment from the year of 1997 to 2000. The variables examined were the followings: age, gender, schooling, complaint, origins of the referred, familial monthly income, age and professional position of the parents, time of waiting; time, quantity and types of treatment; types of termination and motives of dropout. Children in the age group of 7-10 compose the majority of the infantile population, with relative predominance of boys, and the schooling with major occurrence is from the first to the fourth grade of the primary school. The most frequent complaints are from bad scholar performance, aggressive and/or agitated behavior; the referred most frequently came from school or from professional of the health. The time of waiting period is long, the evasion is high and 45% dropout before starting the treatment and, from the ones who have started, and 40,7% interrupt the treatment. The average treatment time is 5,6 months, in the following types: psychodiagnostic, brief psychotherapy, and family therapy. In the results' analyze, the results of similar national researches on training-clinic are compared. The training-clinics are much more in service of the probation than of the demand of the clientele; it is, thus, necessary that the insertion of strategies of evaluation of therapeutical processes.

Keywords: Training-clinic; Clinical practice; infantile psychology

PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA: CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL NA CLÍNICA-ESCOLA

INTRODUÇÃO

O projeto de tornar-se psicólogo inicia-se na escolha profissional e passa pela graduação nos cursos universitários, por meio de estudos teóricos e práticos da psicologia como ciência e profissão. Ao final do curso, os estágios supervisionados são o momento de passagem para a atuação profissional. Esse momento pode ser o tempo e o espaço necessários para que o projeto de *ser psicólogo*¹ comece a se consolidar, a partir dos modelos de atuação profissional apreendidos.

No País, a área de atuação profissional da psicologia clínica é a mais desenvolvida e a mais reconhecida socialmente. No entanto, o estatuto científico da prática clínica tem sido pouco considerado pelos psicólogos, que acabam pensando essa prática muito mais como um trabalho de intuição, do que como uma expressão prática de um conhecimento científico (Bock, 1998). Os psicólogos conhecem muito pouco dos resultados dessas práticas, diminuindo-se as possibilidades de uma avaliação mais criteriosa das intervenções que se realizam em psicologia clínica. Além disso, as tentativas de adequação dos modelos de intervenção da psicologia clínica às demandas sociais, muitas vezes, são realizadas sem que se conheçam as características e reais necessidades da população a quem se prestam esses serviços. Isso não quer dizer que os psicólogos clínicos não levem em conta, em sua prática, as demandas sociais, mas que eles consideram mais as supostas necessidades da

¹ Segundo Figueiredo (1996, p. 118) “(...) a constituição de um ser-psicólogo (...) é, por exemplo, saber lidar com a multiplicidade sem recorrer às mais fáceis respostas à angústia que sempre nos acomete quando nos defrontamos com o indeterminado: o dogmatismo e o ecletismo. ‘Ser psicólogo’ é, também, saber dialogar com áreas afins – disciplinas biológicas e histórico-culturais – já que de uma forma ou de outra nos compete tratar de uma unidade biopsicossocial. (...) ser-psicólogo é (...) estar preparado para lidar com outras posições, para lidar com ‘alteridades’, o que remete à dimensão ética e política de nossa profissão (...)”.

população do que o conhecimento científico que têm sobre essas demandas sociais. Portanto, uma das maneiras de se transformar essa realidade não é encontrar outras práticas sociais para substituir a prática clínica, porque seu alcance não atende às demandas e não cumpre sua função social (Ancona-Lopez, 1981). É necessário dar estatuto científico às práticas clínicas que se aplicam nas intervenções do campo de atuação profissional e do mercado de trabalho, diminuindo-se a dicotomia da rica experiência profissional e a produção de conhecimento científico que o meio acadêmico pode oferecer à comunidade. O meio acadêmico deve ser entendido como o lugar que possibilita a produção do conhecimento científico e onde se prepara – ensinando, treinando e formando – o futuro profissional.

O treino e o exercício da prática clínica dos cursos de formação de psicólogos nas universidades se realizam, entre outros lugares, nas clínicas-escola. As clínicas-escola, ligadas aos cursos de psicologia para a formação prática (estágios supervisionados) dos alunos de graduação na área da saúde, oferecem serviços psicológicos gratuitos para a população em geral.

Pesquisas sobre os resultados desses atendimentos psicológicos oferecidos à população na clínica-escola são alguns dos fatores importantes que contribuem para conciliar os interesses e objetivos de integração do ensino, de pesquisa e extensão das universidades, e para elevar o estatuto científico das práticas que se realizam na psicologia Aplicada. Segundo Neufeldt & Nelson (1998), as clínicas-escola têm grande potencial para gerar importantes informações para pesquisa, estabelecendo uma *ponte entre ciência e prática*.

Os modelos de atuação profissional apreendidos nos estágios curriculares nas clínicas-escola são similares às intervenções realizadas na prática profissional, visto que lá se formam, através do exercício e do treino prático, os modelos de atuação em psicologia

clínica no momento de passagem da graduação para a prática profissional. Além disso, nas clínicas-escola há uma amostra significativa da população que busca atendimento psicológico. Desse modo, pesquisar as características dessa população a quem se destinam os atendimentos possibilita, por um lado, um melhor conhecimento do perfil da população local e, por outro, a adequação dos modelos de atuação às necessidades e demandas que podem ser identificadas.

O estudo, a formação e a atuação clínica em psicoterapia psicanalítica, por um lado, e o ensino e a formação de psicólogos e psicoterapeutas na teoria e prática da psicologia clínica, por outro, através do exercício da supervisão da prática de outros psicólogos e da docência em cursos de graduação em psicologia, motivaram a escolha do tema da prática clínica como objeto de estudo.

A prática clínica é entendida, ao mesmo tempo, como a operacionalização de técnicas e procedimentos na área de atuação profissional, uma estratégia da psicologia aplicada e um modelo de atendimento em psicologia clínica.

O psicólogo clínico, segundo o Conselho Federal de psicologia (2001)²,

“Atua na área específica da saúde, em diferentes contextos, através de intervenções que visam reduzir o sofrimento do homem, levando em conta a complexidade do humano e sua subjetividade. Estas intervenções podem ocorrer a nível individual, grupal, social ou institucional e implicam em uma variada gama de dispositivos clínicos já consagrados ou a serem desenvolvidos, tanto em perspectiva preventiva como de diagnóstico ou curativa”.

A pesquisa da prática clínica pode se configurar em diferentes perspectivas. Entre essas, pode-se ressaltar as seguintes: (1) a perspectiva do processo e todas as implicações inerentes às suas especificidades; (2) a perspectiva dos resultados em termos de efetividade

² Parte do texto incluído na Resolução CFP 02/01, disponível em: www.pol.org.br.

ou eficácia e aderência; (3) a perspectiva da população sobre o atendimento recebido; e (4) a perspectiva dos resultados dos atendimentos psicológicos, que se realizam em termos das modalidades, do tempo, dos términos e da permanência ou evasão.

Nesse contexto, entende-se que elevar a prática clínica ao estatuto da ciência é um dos desafios da construção de uma nova psicologia, que considera o homem seu objeto de estudo, determinado muito mais por uma condição humana que é histórica e socialmente construída do que predeterminado por uma natureza humana (Bock, 1995). Essa concepção de homem implica em conhecer as necessidades da população atendida, identificar de modo sistematizado os resultados da prática e adequar os modelos de atuação realizados ao produto desse conhecimento. Desse modo, pode-se avançar também com o intuito de se consolidar a função social que demanda do exercício profissional da psicologia, que pode ser construída de maneira ética e socialmente comprometida.

A possibilidade e a oportunidade de se pesquisar a prática clínica, na universidade, no lugar em que se inauguram os modelos de atuação profissional, contribuem tanto com a qualificação e avaliação desse tipo de intervenção psicológica, quanto com a melhoria da qualidade de formação do futuro profissional psicólogo. A formação profissional não pode ser entendida dissociada do atendimento oferecido à população. O aspecto preventivo se insere no tipo de prática que o aluno realiza na graduação como primeiro modelo de atuação profissional e tem um papel importante na definição de que tipo de profissional se está formando e para que aspectos da realidade ele estará voltado.

O psicodiagnóstico infantil e a terapia familiar são atuações em psicologia clínica³ que se realizam, com frequência, no atendimento infantil das clínicas-escola. Entre tantos outros modelos de intervenção clínica, o psicodiagnóstico infantil é uma das estratégias de atendimento psicológico que se caracterizam como uma intervenção breve (Ancona-Lopez, 1995). As intervenções breves têm obtido maior credibilidade, como estratégia de atuação clínica, pelo tempo e pelos objetivos limitados que se ajustam às demandas dos serviços de atendimento psicológico (Mito, 1997).

O psicodiagnóstico como processo de intervenção clínica caracteriza-se como uma das possibilidades de atuação em psicologia clínica que se configuram numa perspectiva preventiva, que é terapêutica, porém não necessariamente curativa.

Segundo Santiago (1998, p. 23),

“É preciso abandonar a idéia de que o psicodiagnóstico não tem objetivos terapêuticos e empenhar-se em fazer dele uma prática cujos efeitos sejam terapêuticos (...). Os efeitos terapêuticos do processo psicodiagnóstico decorrem basicamente da qualidade da relação estabelecida com o paciente (...) e (...) toda atuação psicológica é uma ação de intervenção cujo significado será dado pelo caminho relacional que se estabelece entre as partes”.

Os efeitos terapêuticos são modificações produzidas pelo processo de intervenção breve e podem ser, segundo Fiorini (1979, p. 39),

- a) Alívio e/ou desaparecimento de sintomas;
- b) Modificações correlatas na manipulação das defesas, com a substituição de técnicas mais regressivas por outras mais adaptativas;

³ Por psicologia clínica entende-se uma estratégia de conhecimento do fenômeno psicológico e de intervenção na realidade, caracterizada por uma estratégia de abordagem do objeto de estudo – a conduta dos seres humanos. Segundo Bohoslavsky (1968), na estratégia clínica o vínculo e a comunicação não buscam somente um bom conhecimento do sujeito, mas principalmente buscam promover benefícios para ele por meio de modificações favoráveis ou prevenção de dificuldades.

- c) Maior ajustamento nas relações com o meio;
- d) Incremento da auto-estima e da sensação de bem-estar;
- e) Incremento de sua autopercepção, com maior compreensão de suas dificuldades fundamentais e do significado das mesmas;
- f) Ampliação de perspectivas pessoais, esboço inicial de algum tipo de projeto individual”.

A prática clínica, sob a perspectiva do perfil da população e dos atendimentos realizados em modalidades breves, delineou os propósitos desta pesquisa. Trata-se de uma caracterização de uma amostra da população da Grande Florianópolis, que recebe atendimentos – psicológicos infantis – da única universidade catarinense pública e pioneira em curso de psicologia no Estado, a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. É um tipo de pesquisa inédita, pois não foram encontrados, nas bibliotecas e bases de dados consultadas⁴, relatos de outras pesquisas dessa natureza que tenham sido realizadas no Sul do País – em Santa Catarina e no Rio Grande do Sul – apesar de existirem cursos de psicologia e clínicas-escola em funcionamento nessa região há pelo menos uma década antes do primeiro curso de psicologia no Estado de Santa Catarina, criado na UFSC em 1976.

As modalidades breves no Serviço de Atendimento Infantil - SAI são constituídas do Psicodiagnóstico e da Psicoterapia breve infantil.

As pesquisas da prática clínica, realizadas em clínicas-escola no País, iniciadas por Ancona-Lopez (1981; 1984a; 1984b) na cidade de São Paulo, e posteriormente realizadas em outras cidades (Sanches, 1985; Carvalho & Terzis, 1988; Carmo, 1989; Lindemeier, 1990; Barbosa, 1992; Silvaes, 1998; Oliveira, 1999), pretendiam conhecer e/ou avaliar as

⁴ Biblioteca dos Institutos de Psicologia da USP, UFRGS, PUCSP; Biblioteca Central da UFSC e Biblioteca da FAMED-UFRGS e CELG-UFRGS. Base de dados: IndexPSI; LILACS, PsycINFO sistema BIREME

características da população atendida, as demandas dessa população, os serviços oferecidos e as estratégias de intervenção. As caracterizações resultantes dessas pesquisas são uma amostra das demandas, das necessidades da população e dos serviços oferecidos em várias regiões do País. Entre os resultados constata-se que as clínicas-escola possuem uma demanda muito maior de atendimento que suas possibilidades de pessoal permitem atender, portanto elas apontam para a necessidade de se abreviarem os atendimentos psicológicos, para que um maior número de usuários possa beneficiar-se dos serviços oferecidos.

Essas constatações também têm sido apontadas por pesquisadores internacionais da área, como, por exemplo, as pesquisas relatadas por Levenson & Ivans (2000), Halgin (1999), Levenson & Strup (1999) e Neufeldt & Nelson (1998).

Desta maneira, estes serviços tornam-se um *filtro social contraditório*, pois ao mesmo tempo em que pretendem oferecer atendimento gratuito á população em geral, possibilitando “acesso” ao atendimento psicológico, pela sua própria ineficiência em atender a demanda, reproduzem a exclusão do sistema social restringindo o atendimento a uma pequena parcela que consegue ter o acesso mais prontamente.

Levenson & Strup (1999) apresentam o resultado de dois estudos na administração de escolas de treinamento⁵ indicando uma quantidade considerável de terapias breves sendo conduzidas. No entanto, apontam que o treinamento nessa especialidade não parece estar sendo suficientemente adequado e sugerem como recomendação “o estudo de processos e resultados”. Nessa perspectiva, Hanna & Davidovitz (2000) também realizaram um levantamento nacional sobre a atuação em terapias breves de psicólogos membros da Associação Americana de Psicologia (APA). Os resultados dessa pesquisa confirmam que mesmo entre profissionais, dos quais pelo menos 89% investem metade do seu tempo em

⁵ *internship training directors*

terapias breves, 50% deles nunca receberam treinamento ou curso específico adequado para a atuação nessa especialidade.

Por outro lado, Levenson & Ivans (2000), considerando as intervenções breves como tipo de terapia com maior demanda hoje, examinaram a administração do treinamento na graduação e em locais de treinamento credenciados pela APA e verificaram que 87% e 78%, respectivamente, desses campos de estágio oferecem treinamento em terapias breves. O contexto e as contradições evidenciados nesses resultados demonstram a evolução da tendência a se intensificarem os atendimentos caracterizados como terapias breves ou intervenções breves na prática clínica. Porém, a ampliação do treinamento e a formação teórica nessa especialidade são fatores emergentes.

Com relação ao alto índice de tempo de espera de atendimento e de desistências, as pesquisas brasileiras de Ancona-Lopez (1984a, 1984b), Macedo (1984), Ancona-Lopez (1987), Barbosa (1992) e Silvares (1998; 2000) mostram com precisão esses resultados. Oliveira (1999) afirma que o tempo médio máximo de permanência no atendimento é de seis meses, e a maior parte dos motivos de encerramentos é a interrupção do atendimento por parte do paciente, ocorrendo, mais frequentemente, no início do tratamento. Silvares (1998) apresenta dados dos estudos realizados nos anos 80 e 90 sobre a caracterização de diversas clínicas-escola que evidenciaram o alto índice de evasão. Esses dados devem ser considerados com o intuito de se aproveitar mais o tempo de permanência da clientela nos atendimentos, tornando o processo de psicodiagnóstico mais eficaz, como uma intervenção breve. Dessa maneira, também se atenderá a um maior número de pessoas, que acabam por desistir do atendimento provavelmente pelo tempo de espera entre o psicodiagnóstico e o tratamento psicoterápico posterior, que ocorre com frequência nas clínicas-escola.

Segundo Silvaes⁶ (citado por Silvaes, 1998, p. 11),

“o levantamento das características de uma dada população de demandas, a quem os serviços de atendimento de uma certa instituição se destinam, é o primeiro plano no sentido de tornar esse mesmo atendimento mais eficiente, e em decorrência, ser considerado satisfatório pela própria população clientela, bem como pela instituição responsável pelo atendimento. Isto porque se acredita que a partir do conhecimento e do que necessita, é que se pode determinar o quando, o onde e, principalmente, o como atender os que procuram ajuda”.

A evolução das pesquisas em clínicas-escola tem apontado para estratégias que “invertem o caminho” e propõem atividades na comunidade de onde se originaram os problemas (Silvaes, 2000).

A procura de atendimento pela população na clínica-escola continuará a existir e demandar a qualificação das intervenções que se realizam. Considerando-se que a permanência no atendimento é baixa e a aderência é pequena, entende-se que o atendimento breve das necessidades de quem o procura é um dos primeiros passos para a realização de suas exigências. Tendo-se em vista a problemática delineada no contexto da realidade brasileira, a necessidade de se pesquisar a prática clínica, principalmente a atuação das estratégias clínicas de intervenções breves, de se conhecerem as características do cliente a quem os serviços de psicologia se destinam e da premência em se inovar na universidade a prática clínica, buscando um melhor atendimento das demandas sociais, levou à estruturação do problema:

- ◆ Quais são as características da população e dos atendimentos psicológicos infantis realizados na clínica-escola?

⁶ Silvaes, E. F. M (1989). **Descrição comportamental e sócio-econômica da população infantil de uma clínica-escola de psicologia de São Paulo**. Projeto de pesquisa. São Paulo: FAPESP e CNPq.

Para responder à questão apresentada, realizou-se uma pesquisa documental através dos registros dos atendimentos efetuados nos últimos quatro anos – 1997-2000 – no serviço de atendimento infantil da clínica-escola SAPSI da UFSC. São listados, a seguir, os objetivos geral e específicos delineados para esta pesquisa.

Objetivo Geral: Caracterizar o atendimento psicológico infantil no SAPSI em relação à população e aos atendimentos realizados no SAI.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população infantil atendida no SAPSI, no período de 1997 a 2000;
- Caracterizar o fluxo e os resultados dos atendimentos psicológicos realizados no SAI;
- **Comparar os resultados** ?

A caracterização da população do SAI-SAPSI e dos atendimentos realizados tornar-se-ão um conjunto de dados relevantes para o planejamento e o incremento da melhoria dos serviços já oferecidos por essa instituição. Além disso, propiciarão um conhecimento da realidade e servirão de fonte de informações para o desenvolvimento e a implantação de outros projetos de extensão e pesquisa.

Esse conhecimento pode oferecer informações relevantes para que se atendam de forma mais eficaz às necessidades de quem procura o atendimento psicológico e do estagiário que está em treinamento, pois o ensino prático de intervenções breves em psicologia clínica de modo criterioso e cientificamente planejado poderá contribuir para desenvolver no futuro profissional uma identidade mais adequada ao atendimento das necessidades da população.

1 PRÁTICA CLÍNICA EM PSICOLOGIA: INTERVENÇÕES BREVES NA CLÍNICA-ESCOLA

1.1 O atendimento psicológico em clínica-escola: problemas e desafios

As clínicas-escola foram implantadas no País a partir da regulamentação da profissão, em 1964, e dos cursos de Psicologia⁷, como exigência para a formação do psicólogo. Tais clínicas tinham como objetivo inicial oferecer condições de treinamento da prática profissional, através de estágios supervisionados, e, conseqüentemente, prestar atendimento psicológico à comunidade. Nesse período, havia entre os profissionais e estudantes uma nítida preferência área clínica, especialmente quando o atendimento era feito de forma autônoma, em consultórios particulares, e pelo uso de modelos de atendimento importados da Europa e dos Estados Unidos (Velloso, 1970).

Na prática, as clínicas-escola priorizaram aquilo que consideravam mais conveniente para a formação do aluno do que oferecer serviços psicológicos adequados às demandas da população.

Segundo Oliveira (1999), só em tempos mais recentes começou-se a reconhecer explicitamente um outro objetivo da clínica-escola: o da pesquisa. Deve-se considerar que as clínicas-escola são um terreno fértil de pesquisa não só para a área da psicologia clínica mas para a ciência psicológica em geral.

Nesse contexto, insere-se o trabalho de Ancona-Lopez (1981), que avaliou os serviços das clínicas-escola existentes em São Paulo, no final da década de 70. Os resultados de sua pesquisa apontaram “o não atendimento dos serviços oferecidos às demandas da população que procura as clínicas-escola (...) não preenche suas funções sociais (...) São utilizados

⁷ Lei Federal n° 4.119, de 1962 e Decreto n° 53.464 de 1964.

para atender às necessidades do sistema que permite seu funcionamento, muito mais do que para atender às necessidades das pessoas que procuram”. (Ancona-Lopez, 1981, p. 69).

Os resultados dos trabalhos desenvolvidos em São Paulo despertaram o interesse de vários pesquisadores para os problemas constatados, surgindo uma quantidade significativa de pesquisas de caracterização de clínicas-escola, por exemplo, as pesquisas de Sanches (1985); Carvalho & Terzis (1988), Lindemeier (1990); Santos (1990); Barbosa (1992); Santos, Moura, Passian & Ribeiro (1993) e Borges (1996).

O fruto dessas pesquisas de caracterização e os problemas identificados na clínica-escola, semelhantes àqueles encontrados por Ancona-Lopez (1981), impulsionaram o desenvolvimento de diversas teses e dissertações dedicadas a estudar e pesquisar novas práticas de atendimento psicológico, com vistas à melhora da qualidade dos serviços oferecidos pelas clínicas-escola e a formas de atendimento mais condizentes com as necessidades e possibilidades da população (Larrabure, 1982; Yehia, 1994; Pereira, 1983; Marques, 1989; Ancona-Lopez, 1987; Ancona-Lopez, 1996). Algumas das propostas sugeridas são: os grupos de espera, o psicodiagnóstico em grupo, o psicodiagnóstico interventivo, os grupos estruturados de vivência de pais e novas propostas para o processo de triagem⁸.

Silvares (1998) fez um levantamento das pesquisas de caracterização de clínicas-escola que foram realizadas nas décadas de 80 e 90. A autora classificou essas pesquisas em dois grupos: (1) prático ou (2) teórico, conforme o foco de investigação. Os grupos teóricos são constatações empíricas que visam explicar os fenômenos psicológicos; já os práticos visam avaliar os serviços prestados à população. Tanto as pesquisas de enfoque classificado como teórico quanto prático partem de um conhecimento das características da

⁸ Essas práticas também são relatadas por Macedo (1984) e por Ancona-Lopez (1998).

população que procura atendimento. Assim, buscam formas de atendimento que se adaptem melhor às necessidades e possibilidades dessa população.

Oliveira (1999) apresenta dados de uma recente pesquisa realizada sobre o assunto: uma avaliação comparativa da caracterização da população e dos serviços prestados por cinco clínicas-escola. Os resultados desses apontam que; a evasão continua alta e o atendimento psicológico oferecido à população pelas instituições é pouco eficiente e não cumpre seus objetivos sociais. O autor atribui esses resultados a fatores como a não adaptação dos modelos de atendimento às necessidades da população, a incapacidade de atender à demanda, a qual é agravada pelos atendimentos de longa duração, à falta de preparo para lidar com a população carente em termos sócio-econômicos e, finalmente, à falta de delimitação do campo de competência do psicólogo, da própria clínica e dos objetivos do trabalho.

Por outro lado, essas constatações contribuíram para a introdução de modificações que transformaram a fase inicial (de diagnóstico) do atendimento clínico tradicional “num processo de ajuda para o cliente, revertendo-se já de características terapêuticas” (Oliveira, 1999. p. 20). Além disso, foi constatada a necessidade de se abreviarem os atendimentos de longo prazo. Encontram-se diversos relatos de pesquisa (Ancona-Lopez, 1998; Kern, Dauber, Ritzel & Beretta, 1985; Carmo, 1989; Yehia, 1994; Ancona-Lopez, 1996; Santiago, 1998; Enéas, 2000) que confirmam os resultados positivos de intervenções breves.

Na medida em que intervenções breves atendem às necessidades de ajuda de quem procura e às necessidades de aprendizagem prática do estudante de Psicologia, esse tipo de intervenção aumenta a abrangência da função social das clínicas-escola. Pesquisadores internacionais têm considerado as psicoterapias breves o tipo de intervenção de maior demanda hoje em dia. Levenson & Evans (2000) e Levenson & Davidovitz (2000)

realizaram estudo de levantamento da prevalência e treinamento em psicoterapias breves entre psicólogos e clínicas credenciadas pela APA. Esses pesquisadores constataram que a necessidade de treinamento é essencial, pois, de um modo geral, os psicólogos são poucos preparados e treinados para esse tipo de intervenção, apesar de realizarem na sua prática um número considerável de terapias breves.

Por intervenção breve se entende tanto o que diz respeito à redução do tempo de atendimento a quem necessita de ajuda e busca por ela quanto o tempo investido no processo de atendimento psicológico e, também, a brevidade em atender à demanda de procura por atendimento, a qual tem aumentado cada vez mais. As terapias breves caracterizam-se pelo tempo reduzido e pela “focalização” de problemas, conflitos e objetivos, restringindo a sua extensão, sem contudo, restringir os benefícios ao cliente.

Segundo Enéas, Faleiros & Andrade Sá (2000, p. 11),

“A especificidade dessa modalidade terapêutica de trabalhar com aspectos circunscritos e objetivos limitados confere-lhe a possibilidade de realizar um processo com começo, meio e fim dentro de um tempo reduzido, trazendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os terapeutas (...) O terapeuta em formação pode sentir-se mais seguro com a explicitação do foco e objetivo, além de ter a oportunidade de acompanhar um paciente ao longo de um processo completo”.

Do ponto de vista preventivo, Silvaes (1998) apresenta a proposta da sucursal da clínica-escola como uma forma de atendimento psicológico em clínica-escola., trata-se de uma proposta de atendimento psicológico comportamental em que o fluxo do cliente se inverte, o serviço da clínica-escola é que vai até o cliente – a demanda. São atuações e intervenções diretas nos locais de onde se originam as queixas como, por exemplo, as

escolas da comunidade que se tornam um espaço filial dos serviços da clínica-escola. Essa parece ser a tendência mais atual de modelos de atuação na prática das clínicas-escola.

Outros tipos de atuações têm sido propostas, entre os quais se salienta a proposta de Yehia (1999, p.119), que sugere a utilização de entrevistas de *follow-up*⁹ “considerando-as como possibilidades de uma prática interventiva, propiciando ao cliente uma pausa reflexiva para se confrontar com seu momento atual de vida”. Nesta proposta, o *follow-up* além de ser uma prática interventiva, ele é utilizado também como instrumento de pesquisa de resultados das intervenções clínicas realizadas.

O psicodiagnóstico infantil pode ser considerado também como uma das possibilidades de intervenções breves (Yehia, 1994; Santiago, 1998; Grassano, 1997; Ancona-Lopez, 1998). A otimização do Psicodiagnóstico infantil como intervenção breve possibilita uma prática que atua de modo tanto preventivo quanto diagnóstico e terapêutico.

Uma das maneiras de se qualificarem as práticas clínicas é incrementar o rigor nos procedimentos de avaliação das necessidades e possibilidades que demandam do sujeito e no planejamento do processo terapêutico. O psicodiagnóstico é um dos procedimentos que possibilita essa condição.

1.2 Avaliação psicológica, diagnóstico e psicodiagnóstico

A palavra diagnóstico, do grego *diagnōstikós*, em sua origem significa discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de. Portanto, sempre que explicitamos nossa compreensão sobre um fenômeno, realizamos um dos seus possíveis diagnósticos, isto é, discernimos nele aspectos, características e relações que compõem um todo, e a isso

⁹ *Follow-up*: Entrevistas posteriores ao término do tratamento realizado com o paciente ou seu responsável.

chamamos compreensão de um fenômeno. Utiliza-se o termo diagnóstico para se referir à possibilidade de conhecimento diferente daquele do senso comum, ou seja, se referir “à possibilidade de significar a realidade que faz uso de conceitos, noções e teorias científicas” (Ancona-Lopez, 1984, p. 11).

Diagnóstico psicológico caracteriza uma compreensão, conhecimento e discernimento do sujeito e/ou de um fenômeno psicológico no seu contexto histórico e social, por meio de uma operação: a avaliação psicológica. Ao enquadrar-se como um processo de investigação e intervenção, a avaliação psicológica mostra-se uma prática inerente ao exercício profissional e configura-se num dos mecanismos que pode nortear o *status* científico em qualquer área de atuação do psicólogo. É possível intervir e planejar sem conhecer? Sem discernir? Sem compreender a realidade, o objeto de estudo ou do fenômeno psicológico no qual se pretende intervir?

A avaliação psicológica é um processo de coleta de dados e interpretação de informações, e tem por objetivo obter um maior conhecimento do indivíduo, grupo ou instituição para que sejam tomadas determinadas decisões. A avaliação psicológica pode ser utilizado para diferentes finalidades, tais como diagnóstico, intervenção, encaminhamento, orientação psicopedagógica e vocacional, seleção, prevenção e pesquisa. Seus princípios aplicam-se às áreas da Psicologia Clínica, Escolar, Organizacional, Social, Forense e Comunitária (Weschler, 1999).

Para Cunha (1993a), os psicólogos realizam avaliações; os psicólogos clínicos, entre outras tarefas, realizam psicodiagnóstico. O psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica feita com propósitos clínicos. Autores como Ocampo, Arzeno, Piccolo e cols. (1981), Arzeno (1995), Cunha e cols. (1993) e Casullo (1999) partilham da concepção da avaliação psicológica como um processo de tomada de decisão, uma tarefa da Psicologia Aplicada determinada a solucionar problemas clínicos, educativos, organizacionais, sociais,

ambientais e jurídicos que podem estruturar-se nos níveis individual, grupal, institucional ou comunitário. Para Casullo (1999, p. 25), “las tareas de evaluación suponen acercarse a un problema concreto desde una perspectiva teórica determinada, desde la cual se recortan o construyen los datos que se analizarán”.

Os objetivos básicos de toda tarefa de avaliação são: categorizar, comparar, analisar e contrastar dados, tanto de tipo qualitativos como quantitativos. O sujeito humano como objeto dos processos de avaliação é em si mesmo um sistema complexo integrado por subsistemas – biológico, psicológico, social, cultural – que interagem de forma dinâmica e permanente.

Em qualquer avaliação psicológica, o procedimento de coleta de dados é obtido mediante a utilização de técnicas diversas, tais como testes psicológicos, psicométricos e projetivos, registro de observações, entrevistas e técnicas de dinâmica de grupo. Todo instrumento de avaliação é uma ferramenta mediadora entre um modelo teórico e os fenômenos empíricos que se procura compreender.

O diagnóstico psicológico é a conclusão de uma série de investigações obtidas através de técnicas de exame psicológico. Na prática clínica, o diagnóstico psicológico, a conclusão diagnóstica ou a hipótese diagnóstica podem ser expressos em termos (a) descritivo-fenomenológicos, (b) compreensivo-dinâmicos e (c) nosológico-classificatório.

Diagnosticar pode ser nomear, não é necessariamente rotular. Sua função é criar as condições para explicar e compreender algo desconhecido, este algo poderá ser nomeado e/ou classificado.

O psicodiagnóstico, segundo autores como Ocampo e cols. (1981), Arzeno (1995), Cunha e cols. (1993), é um procedimento científico limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos para identificar e avaliar aspectos específicos da personalidade e/ou comportamento, ou para classificar o caso e prever seu curso possível. Abrange aspectos

do passado, presente e futuro, incluindo aspectos sadios e patológicos. É considerado um procedimento científico na medida em que parte da coleta de dados é feita através de técnicas próprias e de um levantamento prévio de hipóteses, as quais serão confirmadas ou infirmadas por intermédio de passos predeterminados e com objetivos precisos. Os objetivos do psicodiagnóstico podem ser de descrição, classificação nosológica, diagnóstico diferencial, avaliação compreensiva, entendimento dinâmico, prognóstico e pericial.

O diagnóstico psicológico caracteriza-se por ser uma descrição e, como tal, seleciona, prioriza e recorta aspectos do objeto (Rosa, 1995; 1997). O diagnóstico é sempre parcial, não abrange o objeto total e nem mesmo o que este tem de essencial. O diagnóstico psicológico não é o diagnóstico do homem, mas a explicação de um ponto de vista sobre ele.

Segundo Rosa (1995, p. 65),

“(...) o diagnóstico delimita o campo de análise e aponta o posicionamento epistemológico do psicólogo (...) Ademais, constatamos que diagnosticar não é uma opção, mas uma condição do conhecimento. É verdade parcial e não absoluta. O caminho que se vislumbra, para o psicólogo, é o de discernir suas duas funções, no campo científico e no campo que chamaremos da relação com o cliente. Nesta medida, há sim, que se viabilizar o diagnóstico como uma estratégia de início de intervenção”.

Neste sentido entende-se a prática do psicodiagnóstico como uma intervenção psicológica de modo relacional e vincular.

Abuchaem (1986, p. 63-64) entende o diagnóstico psicológico como um processo dinâmico, no qual intervêm fatores mobilizadores de ambas as partes, e assinala que essa

dinâmica se dá em “três níveis distintos: o nível manifesto, o latente e o transferencial-contratransferencial. (...) para conhecer uma pessoa é indispensável compreendê-la”.

Trinca (1984, p. 23) descreve o diagnóstico de tipo compreensivo caracterizando-o como um processo que integra aspectos de diferentes sistemas psicológicos de forma articulada:

“(...) o psicólogo que estrutura o diagnóstico compreensivo opta por excluir as influências de concepções estritamente determinantes, associacionista, elementaristas e mecanicista. Ele se orienta, predominantemente, por uma visão que toma a personalidade como única e indecomponível, como uma totalidade estrutural organizada, em que existem experiências subjetivas e dinâmica psíquica inconsciente. Leva em consideração noções fenomenológicas, gestálticas, existenciais e psicodinâmicas”.

O psicodiagnóstico como intervenção breve propicia um atendimento que vai ao encontro das necessidades de quem procura atendimento. É necessário não perder de vista que o psicodiagnóstico é um processo vivo, de atribuição de sentido à experiência emocional e à trama vincular presente (Grassano, 1997). Quando realizado num enfoque dinâmico e compreensivo, o psicodiagnóstico constitui-se numa verdadeira situação de aprendizagem (Trinca, 1984) e, segundo Yehia (1994) o psicodiagnóstico pode ser considerado “um espaço de participação e mudança” que se dá no campo vincular e relacional das pessoas que participam do processo. O psicodiagnóstico serve, principalmente, ao sujeito.

1.2.1 Intervenções no psicodiagnóstico

Intervir¹⁰ é uma palavra com vários sentidos, os quais se encontram na prática do psicodiagnóstico (Ancona-Lopez, 1998). Como intervenção breve o psicodiagnóstico não se limita à investigação psicológica, inclusive porque o psicólogo que exerce essa prática entende que são necessárias intervenções além da investigação para que se possa conhecer o sujeito.

O psicólogo pode intervir de diversas formas. Fiorini (1979, p. 153-154) define doze tipos de intervenções verbais em Psicoterapia breve, que também são utilizadas no psicodiagnóstico, a saber:

- “1. Interrogar o paciente, pedir-lhe dados precisos, ampliações e esclarecimentos do relato. Explorar em detalhe suas respostas.
2. Proporcionar informação.
3. Confirmar ou retificar os conceitos do paciente sobre sua situação.
4. Clarificar, reformular o relato do paciente, de modo que certos conteúdos e relações do mesmo adquiram maior relevo.
5. Recapitular, resumir pontos essenciais surgidos no processo exploratório de cada sessão e do conjunto do tratamento.

¹⁰ INTERVIR (do latim *intervenire*): meter-se de permeio, ser ou estar presente, assistir, interpor os seus bons ofícios. *Meter-se de permeio*: indica atuação. Posição ativa de alguém que interfere, que se coloca entre pessoas, que de algum modo estabelece um elo, uma ligação. *Interpor os seus bons ofícios*: ação de quem tem algum preparo em determinada área e põe seus conhecimentos à disposição de quem deles necessita. Ação de quem acredita no que faz. *Estar presente*: não indica necessariamente uma ação, o que leva a pensar em alguém disponível, que aguarda uma solicitação. Estar presente parece indicar uma posição, alguém a quem se pode recorrer e que está inteiro na situação. *Assistir*: indica ajuda, cuidados, apoio. (Ancona-Lopez, 1998, p.26)

6. Assinalar relações entre dados, seqüências, constelações significativas, capacidades manifestas e latentes do paciente.
7. Interpretar o significado dos comportamentos, motivações e finalidades latentes, em particular os conflituosos.
8. Sugerir atitudes determinadas, mudanças a título de experiência.
9. Indicar especificamente a realização de certos comportamentos com caráter de prescrição (intervenções diretivas).
10. Dar enquadramento à tarefa.
11. Metaintervenções: comentar ou aclarar o significado de haver recorrido a qualquer das intervenções anteriores.
12. Outras intervenções (cumprimentar, anunciar, interrupções, variações ocasionais nos horários)”.

No psicodiagnóstico, o processo de intervenção é compreendido tanto pela atitude interventiva do psicólogo quanto pelas possibilidades de mudanças e transformações que ele proporciona ao paciente. A atitude do psicólogo, empática e continente das angústias do paciente, numa disposição para escutá-lo e estabelecer com ele um verdadeiro diálogo, implica em incluir o paciente no processo, compartilhando o trabalho compreensivo em curso.

Segundo Bleger (1980, p. 36),

“a entrevista é sempre uma experiência vital muito importante para o entrevistado, significa com freqüência a única possibilidade que tem de falar o mais sinceramente possível de si mesmo com alguém que não o julgue, mas que o compreenda. Desta maneira, a entrevista atua sempre como um fator normativo ou de aprendizagem, embora não se recorra a nenhuma medida especial para

conseguir isso. Em outros termos, a entrevista diagnóstica é sempre, e ao mesmo tempo e em parte, terapêutica”.

Nesse sentido, Bleger (1980) enfatiza a qualidade da relação entre o psicólogo e o paciente como fator que intervém no efeito terapêutico.

Fiorini (1979, p. 64) estrutura a primeira entrevista em psicoterapia breve como um psicodiagnóstico e diz:

“(...) esta entrevista está destinada a cumprir não apenas funções diagnósticas e de fixação de um contrato (...) sua ação terapêutica não se exerce meramente pelo efeito de placebo do contrato inicial, e sim que o terapeuta possa realizar intervenções adequadas, capazes de potencializar esse efeito”.

A experiência do psicodiagnóstico também influencia a atitude do paciente em relação ao tratamento psicoterápico. Se ele não pode sentir-se compreendido, se não pode conhecer ou reconhecer alguns de seus aspectos, suas expectativas serão as de que o mesmo ocorrerá no tratamento proposto (Santiago, 1998).

Os diferentes tipos de intervenções do psicólogo durante o processo oportunizam um campo de possibilidades de auto-observação e um reconhecimento de aspectos desconhecidos de si. Quando o psicólogo se comunica com o paciente e devolve a ele suas percepções, o paciente pode conhecer algo novo sobre si mesmo, pela forma diferente com que o psicólogo lhe apresenta essa compreensão.

Yehia (1994, p. 6-7) referindo-se à contribuição do psicodiagnóstico fenomenológico-existencial, salienta a necessidade de reavaliar o papel desempenhado pelo cliente e pelo psicólogo e acrescenta que “nesta perspectiva, o diagnóstico psicológico torna-se uma situação cooperativa na qual tanto o psicólogo como o cliente têm por objetivo compreender melhor o cliente”.

Os psicólogos pesquisadores que tratam o psicodiagnóstico como processo compreensivo (Mettel, 1981; Poelman, 1993; Lilja, 1997; Ocampo e cols., 1981; Arzeno, 1995; Cunha e cols., 1993; Pinto, 1997) ainda priorizam a função diagnóstica e não a função terapêutica. Por outro lado, encontram-se resultados de pesquisas recentes (Brecht, Curto & Ribeiro, 1997; Ancona-Lopez, 1998; Grassano, 1997; Mito, 1997) indicando que o modelo de intervenção breve no psicodiagnóstico cumpre funções terapêuticas.

1.2.1 A utilização de testes psicológicos

O uso de testes psicológicos como instrumentos de coleta de dados no curso do psicodiagnóstico é freqüentemente necessário e ocasionalmente indispensável. Os critérios quanto ao uso de qualquer técnica ou instrumento dependerá das necessidades que emanam tanto dos objetivos quanto das particularidades do objeto de estudo.

A escolha dos testes a serem aplicados dependerá, portanto, de cada caso. Do ponto de vista ideal, Arzeno (1995) aponta os fatores que devem ser considerados, que são: (1) quem formula a solicitação; (2) idade cronológica do consultante; (3) nível sociocultural do paciente e seu grupo étnico; (4) casos com deficiência sensorial ou comunicativa; (5) momento do ciclo vital; (6) contexto espaço-temporal no qual se realiza o processo de psicodiagnóstico; e (7) os elementos da personalidade a serem investigados.

Na prática corrente os critérios científicos são adequados a critérios econômicos (custos altos de alguns testes psicológicos), de acessibilidade do uso, capacitação e treinamento do Aplicador.

Cunha (1993c) e Arzeno (1995) apontam critérios em relação à seqüência para aplicação de testes. Sugerem iniciar pelos testes menos ansiogênicos como, por exemplo, testes gráficos. Preferencialmente, o primeiro contato com a pessoa não deveria incluir

aplicação de testes, até que um vínculo de confiança entre psicólogo e cliente tenha se estabelecido.

Os tipos de testes aplicados são planejados no momento em que as primeiras hipóteses forem surgindo nas etapas iniciais do processo como, no caso do psicodiagnóstico infantil, na entrevista com os pais e com a criança.

D. Anzieu (1988, p. 53) classifica os testes em três categorias:

“a) Técnicas expressivas: que configuram situações onde a criança poderá ficar inteiramente livre, tanto do ponto de vista das instruções, quanto do material proposto.

b) Técnicas projetivas: onde a resposta é livre, mas o material é definido e padronizado.

c) Testes psicométricos: onde o material exige uma grande precisão, e onde só podemos contar com uma resposta correta”.

A inserção dos testes psicológicos na psicologia atual é polêmica e crítica. A crítica cerrada contra os testes alertou para seus mais intrínsecos problemas. Por outro lado, desqualificou a possibilidade de instrumentos cientificamente elaborados serem ferramentas úteis para o psicólogo.

Segundo Rosa (1997, p. 19),

“o fundamental é a sua postura enquanto psicólogo, que utiliza os testes como intermediário para um diálogo sobre o que é desconhecido. Fala-se do que é possível (sobre o teste) para falar de outra coisa (sobre o próprio sujeito), o Q.I., déficit de atenção e abstração só tem sentido se situado na história do sujeito, se os dados são situados em uma dinâmica que considera o pedido e o desejo. Este é o campo do psicológico: buscar um sentido no discurso do sujeito”.

Entende-se que o uso de qualquer tipo de instrumento terá sua relevância pelas possibilidades de atender às necessidades que emanam das particularidades e especificidades de cada caso. Além disso, os critérios de escolha de instrumentos adequados à situação e à utilização integrada e contextualizada dos dados fornecidos qualificarão ou não o trabalho do psicólogo em sua atuação profissional.

O valor absoluto dos testes deverá ser questionado sempre e o seu uso inadequado também. Por uso inadequado entende-se:

- 1- utilização do teste para propósitos diferentes dos objetivos que ele propõe;
- 2- correções e aplicações em desacordo com as normas do teste;
- 3- aplicação para população diferente daquela estipulada pelo teste;
- 4- condições físicas e ambientais inadequadas que se tornam variáveis intervenientes na administração do teste quando não são consideradas na análise dos resultados;
- 5- Aplicador do teste inexperiente sem treinamento e capacitação própria.

Portanto, o uso adequado e a consideração dos dados como resultados parciais do processo de diagnóstico psicológico poderão incluir ou não o uso de testes psicológicos.

1.3 Psicodiagnóstico infantil

O processo de psicodiagnóstico infantil é um meio para se obter uma compreensão global dos termos em que se apresenta um problema. “A compreensão que o psicodiagnóstico possibilita pode levar a uma verdadeira reestruturação psíquica” (Cena)¹¹. Os objetivos do processo psicodiagnóstico dependerão das queixas que são relatadas geralmente pelos pais, ou da origem dos encaminhamentos. De um modo geral, pode-se afirmar que os propósitos de um psicodiagnóstico infantil são:

- 1) descrever e compreender a personalidade da criança nos seus aspectos sadios e patológicos, através de investigação psicológica (Ocampo & Arzeno, 1981a);
- 2) entender os problemas apresentados pela criança e os fatores que podem ter contribuído para as dificuldades identificadas (Logan, 1995);
- 3) compreender os modos de comunicação da criança, permitindo a ela acessar de forma singular o seu mundo individual e as suas experiências sociais (Greenspan, 1993).
- 4) avaliar as áreas do desenvolvimento descrevendo o *teatro ou palco*¹², por assim dizer, no qual o *drama* atual está sendo encenado através das *categorias de observação*¹³ (Greenspan, 1993).

O psicodiagnóstico infantil, conforme Ocampo & Arzeno (1981a), caracteriza-se como uma situação pessoal limitada no tempo e no espaço, com objetivos definidos e procedimentos previamente estabelecidos por um contrato. Abrange aspectos do passado, presente e futuro (prognóstico) e utiliza-se de testes e/ou técnicas psicológicas estruturadas e não estruturadas para alcançar seus objetivos, conforme critérios específicos.

As etapas do processo, segundo Ocampo & Arzeno (1981a), Arzeno (1995) e Cunha (1993c), são:

1. entrevistas preliminares: entrevista familiar, realizada com os pais ou responsáveis pela criança. Entrevista com os professores da criança ou outras pessoas ligadas a ela;

¹¹ Cena, M.T. s.d. **Evaluación en psicología clínica de niños**. Núcleo de Estudos em Psicoterapia – NEP, Porto Alegre, s.d.. Texto não publicado.

¹² “O tipo de experiência é, de certo modo, o drama que a criança vivencia, enquanto o nível organizacional poderia ser visto metaforicamente como o palco no qual esse drama está sendo representado” (Greenspan, 1993, p. 23).

¹³ O autor sistematiza sete áreas do desenvolvimento, que nomeia de “categorias de observação”: 1 - Desenvolvimento físico e neurológico; 2 - Humor; 3 - Capacidade para relacionamentos humanos; 4 - Afetos e ansiedades; 5 - Uso do ambiente; 6 - Desenvolvimento temático; 7 - Relações subjetivas com o examinador.

2. entrevista inicial com a criança;
3. planejamento das técnicas a serem aplicadas: entrevistas posteriores, aplicação de testes (psicométricos, gráficos e/ou projetivos); solicitação de outros exames (fonoaudiológico, psiquiátrico, pedagógico e/ou neurológico);
4. exame e aplicação das técnicas e procedimentos;
5. análise dos resultados e conclusões;
6. entrevista de devolução/encaminhamentos ou conclusão do processo;
7. elaboração do informe psicológico (laudo, parecer ou atestado, quando necessário);

A literatura (Logan, 1995) sobre avaliação de crianças sugere que seria indicado que informações sobre os problemas apresentados fossem obtidas, tais como outros aspectos do funcionamento atual da criança, como a história de desenvolvimento, os acontecimentos significativos na vida da criança, o nível mais alto de funcionamento atingido antes das dificuldades atuais e as características da família no todo e de cada membro dela em particular, de modo que se possa compreender os fatores que podem estar acionando ou mantendo os problemas atuais. Algumas avaliações serão mais breves do que outras e irão exigir menos informações. No Anexo F, apresenta-se uma lista dos tipos de informações detalhadas que são importantes de serem colhidas durante o psicodiagnóstico.

Tanto com os pais quanto com a criança, o tipo de entrevista mais adequado nesse processo é a entrevista semi-estruturada e semidirigida (Ocampo e cols., 1981; Arzeno 1995; Greenspan; 1993; Logan, 1995), em que o entrevistador obtém controle sobre a entrevista, mas quem a dirige é o entrevistado. Esse tipo de entrevista caracteriza um espaço que possibilita a manifestação de comunicações verbais e não-verbais, de maneira espontânea e vivencial, que permitem a compreensão da pessoa de modo experiencial. “A idéia fundamental nas entrevistas não-estruturadas é de que quanto menos o terapeuta

intrometer-se na situação ou estranhá-la, mais a criança irá projetar seu modo pessoal de agir, sentir e pensar sobre a situação, estruturando-a, dessa forma, de modo pessoal” (Logan, 1995, p. 394-395).

A hora de jogo diagnóstica é um tipo de entrevista diagnóstica com criança proposta por Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal & Woscoboinick (1981). Nesse tipo de entrevista, utilizam-se jogos e brinquedos como instrumentos de projeção das comunicações simbólicas da criança. Essa entrevista oferece à criança a possibilidade de buscar um contato particular, com um enquadramento dado que inclui espaço, tempo, explicitação de papéis e finalidades. O objetivo dessa entrevista é conhecer melhor a realidade da criança. É um processo que tem começo, desenvolvimento e fim em si mesmo e que opera como uma unidade. Para esse tipo de entrevista, os materiais utilizados são:

- brinquedos do tipo estruturados (jogos) e não estruturados (sucatas, blocos, pinos de montar, etc.);
- brinquedos de diferentes tipos de resposta que provocam sensório-motor, de integração cognitiva e de funcionamento egóico (quebra-cabeça, jogos de encaixe, de mímica, de raciocínio lógico, de memória, bola, etc.);
- brinquedos de diferentes tamanhos, texturas e formas;
- brinquedos que representam em miniatura os objetos do mundo circundante, o mais próximo possível do contexto social e familiar da criança;
- brinquedos com conteúdos simbólicos diferentes, tais como agressividade, amorosidade, autoridade, sexualidade, comunicação, etc. (revólver, espadas, telefones, ferramentas, bebês, areia, água, carrinhos, loucinhas, etc.);
- materiais pedagógicos (lápiz, papel, tinta, canetas coloridas, cola, tesoura, massa de modelar, etc.).

Para operacionalizar de modo sistemático os dados que são observados na *hora de jogo diagnóstica* utiliza-se uma *Pauta de indicadores* a serem observados e avaliados:

“1) Escolha de Brinquedos e Brincadeira:

- quanto à forma de brincar
- quanto ao conteúdo

2) Modalidade de Brincadeiras:

- plasticidade
- rigidez
- estereotipia e perseverança

3) Personificação;

4) Motricidade;

5) Criatividade;

6) Tolerância à frustração;

7) Capacidade simbólica;

8) Adequação da realidade” (Efron e cols., 1981, p.174-185)

Segundo Greenspan (1985), na entrevista com a criança o entrevistador deve possuir as seguintes funções: (1) permanecer suficientemente fora do caminho, à medida que a criança se revela, no seu próprio ritmo, nas suas próprias palavras, na forma e conteúdos próprios de sua linguagem e de seu mundo de experiência; (2) saber quando e como intervir para ajudar a criança a se comunicar.

O entrevistador precisa sintonizar-se com todos os canais de comunicação da criança, precisa ver, escutar, sentir os dados que ela lhe fornece. O requisito básico é resistir à tendência para tirar conclusões com base em evidências insuficientes, e assim propor formulações prematuras (Greenspan,1993) .

2 MÉTODO

O percurso metodológico da pesquisa foi do tipo exploratório-descritivo. Como método de produção de conhecimento científico, a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema. Já a pesquisa descritiva tem por objetivo conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. Assim, a pesquisa de tipo exploratório-descritivo tem como meta descobrir e observar fenômenos, de forma a tornar um problema mais explícito, descrevendo, classificando e interpretando os dados encontrados (Rauen, 1999).

Os dados de informações para o estudo em questão foram colhidos através de pesquisa documental. Considera-se documentação como fonte de pesquisa os materiais que não receberam ainda um tratamento analítico (Rauen, 1999). Os documentos são fontes de informações nas quais se pode ler o que diz respeito a algum aspecto da realidade de determinado fenômeno, sem interferir, “pois se lida com o que já aconteceu, podemos através da leitura entendê-lo e interpretá-lo” (Frassão, 2000, p. 50).

2.1 Local

A pesquisa foi realizada no Serviço de Atendimento Psicológico (SAPSI) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mais especificamente, no Serviço de Atendimento Infantil (SAI). O SAPSI é uma clínica-escola, onde estudantes do curso de psicologia realizam estágio supervisionado da prática em psicologia clínica.

O SAPSI iniciou suas atividades no segundo semestre de 1977, conforme consta no histórico do Regimento Interno (1996), Anexo A. Na sua criação, segundo Krawulski &

Molinos (2000), os objetivos traçados incluíam a prestação de atendimento psicológico em termos de psicodiagnóstico, psicoterapia, seleção e orientação profissional, além de constituir-se em campo de estágio para os estudantes do curso de psicologia que recém iniciara. No começo, a clientela atendida era composta pela comunidade universitária, estendendo-se posteriormente à comunidade em geral, atingindo hoje a Grande Florianópolis. Os objetivos atuais do SAPSI estão vinculados ao ensino, à pesquisa e extensão do curso de formação de psicólogos.

Ao longo de sua história, o SAPSI adotou diferentes normas e práticas de funcionamento relativas às formas de atendimento da sua clientela. A partir de 1996, foi implantado um processo de triagem como estratégia para “otimizar o fluxo de atendimento identificando as principais necessidades da clientela e orientando quanto às suas reais possibilidades e limitações de programas de atendimento oferecidos pelo SAPSI” (Krawulski & Molinos, 2000, p. 109).

Esse projeto visava à organização e à sistematização do fluxo de atendimento e do arquivamento das informações sobre a clientela. Tal sistematização gerou um recadastramento da clientela, através do registro de informações pessoais de identificação e sobre os atendimentos realizados, em documentos apropriados – fichas de inscrição, de acompanhamento e prontuário – que se constituíram nas fontes de informação para a realização da coleta de dados da pesquisa.

A avaliação, em 1997, dos resultados desse processo constatou que “quanto menor o tempo de espera entre a chegada ao serviço e a entrevista de triagem, menor a evasão (...) atendimentos na modalidade breve passaram a ser oferecidos em momentos de crise ou do diagnóstico de situações que requeiram esclarecimento ou orientação de problemáticas específicas”. (Krawulski & Molinos, 2000, p. 113).

2.2 Fluxograma dos atendimentos

Todo cliente que busca atendimento é registrado com um número na “listagem da triagem anual” computadorizada. Após esse procedimento, marca-se uma entrevista de triagem com esse cliente. A entrevista de triagem é realizada pela psicóloga, em um grupo de no máximo seis participantes, com periodicidade de duas ou três vezes por semana.

A triagem tem como objetivo uma breve avaliação das condições psicológicas relacionadas com as queixas e a origem do encaminhamento, bem como o nível de urgência do atendimento. Além disto, visa informar ao paciente as modalidades de atendimentos oferecidos e as condições específicas de uma clínica-escola: a espera, o atendimento por estagiários e as normas dos serviços.

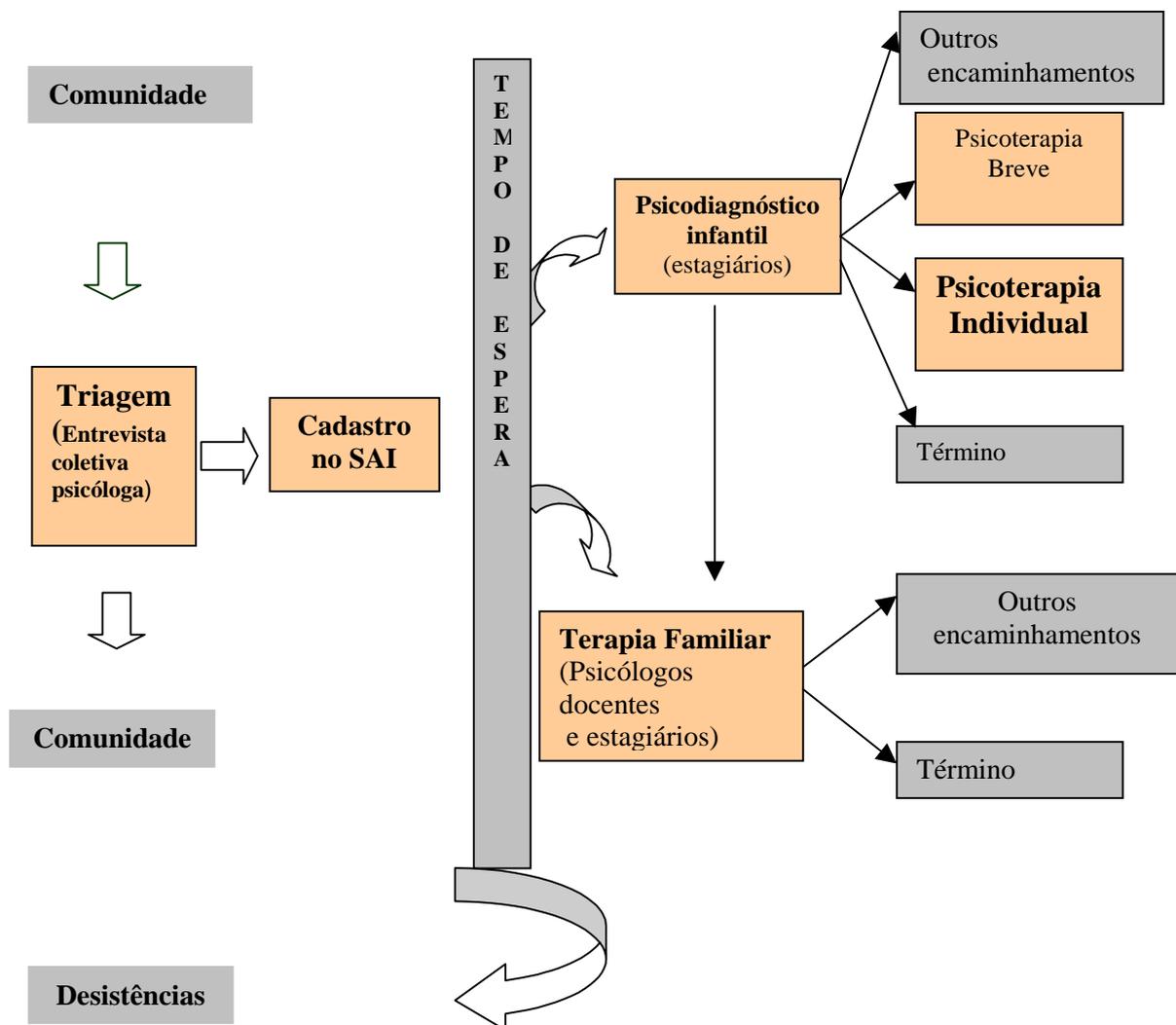
Conforme essa avaliação inicial, as pessoas podem ser encaminhadas para outros setores da universidade ou para outros serviços da comunidade em geral.

Os clientes que desejam aguardar atendimento na clínica são cadastrados através do preenchimento de duas fichas: a “ficha de atendimento” e a “ficha de inscrição”, com dados pessoais. Essas duas fichas são arquivadas, e o cliente aguarda numa “fila de espera” por uma vaga por um intervalo de tempo variável. O seu atendimento terá início em uma das modalidades oferecidas pelo SAPSI, quando ele for chamado por um dos estagiários ou professores que atendem no SAPSI.

Os clientes do SAI podem ser atendidos diretamente em terapia familiar, numa abordagem sistêmica, ou iniciar o atendimento na modalidade de psicodiagnóstico interventivo, conforme o encaminhamento da triagem. Após o psicodiagnóstico infantil, o estagiário pode dar continuidade ao caso num atendimento de Psicoterapia infantil breve, de orientação psicanalítica. Os casos de maior urgência ou gravidade são atendidos diretamente

em Psicoterapia breve, também de orientação psicanalítica, pela psicóloga, depois do psicodiagnóstico ou logo após a triagem, de acordo com o diagrama representativo do fluxograma da Figura 1. Eventualmente, após o psicodiagnóstico a criança pode ser reencaminhada para a terapia familiar.

Figura 1. Fluxograma do serviço de atendimento infantil SAI–SAPSI-UFSC.



2.3 Caracterização da população infantil e dos atendimentos

A população infantil pesquisada foram 144 crianças de 2 a 12 anos. Essas crianças buscaram atendimento, através dos seus pais, os quais participaram da triagem e cadastraram os dados de cada criança numa “ficha de atendimento” e numa “ficha de inscrição”, para aguardar atendimento psicológico infantil – SAI - no período de 1997 até 2000.

O critério para estabelecer o início do período para a coleta de dados levou em conta a implantação do atual processo de triagem e a conseqüente sistematização e organização dos dados a partir dessa data, conforme relato já citado das autoras Krawulski & Molinos (2000). O ano de 1996 apresentava muitas variações dos registros de informações, pois esse foi o ano do recadastramento. Desde 1997, o fluxograma de atendimento e de registro de informações é o mesmo, o qual se realiza até hoje. Por esse motivo, iniciou-se a coleta de dados a partir desse último ano citado.

As fontes de informação referentes a população infantil e os atendimentos foram os seguintes documentos:

1. **ficha de atendimento** - nesta ficha são registrados os dados da triagem e do acompanhamento do cliente. É preenchida pela primeira vez pela Psicóloga, que realiza a triagem e registra a queixa e o encaminhamento do tipo de modalidade indicado para aqueles que vão aguardar atendimento na clínica;
2. **ficha de inscrição** - nesta ficha são registrados os dados pessoais do cliente, que são preenchidos, logo após a triagem, por ele mesmo ou por seu responsável. Recentemente (em 2000) foi criada uma ficha de inscrição de atendimento especificamente para a população infantil.

3. **Prontuários** - não possuem modelo-padrão e constituem os registros dos atendimentos: avaliações, resultados de testes aplicados e relatos de sessões e das intervenções e estudos realizados durante o atendimento do cliente. São documentos sigilosos, sendo a maioria de responsabilidade do estagiário e do supervisor responsável. O prontuário é aberto a partir da primeira entrevista em uma das modalidades de atendimento, conforme o fluxograma apresentado na Figura 1.
4. **Listagem da triagem anual** - nesta listagem consta o nome e o número de registro do cliente que realizou triagem. Eventualmente são registrados os acompanhamentos realizados com o cliente. Dos clientes que não foram cadastrados nas fichas, devido a encaminhamento para atendimento externo, consta apenas o registro de sua participação na triagem.

Outra fonte de informação importante referente aos supervisores e estagiários bem como aos serviços oferecidos foi a cópia dos relatórios das atividades anuais do SAPSI, que é enviado a Reitoria todo ano.

2.4. Caracterização das variáveis

As 16 variáveis consideradas para a pesquisa foram classificadas em: (1) variáveis em relação a população e (2) variáveis em relação aos atendimentos realizados com a população infantil. A seguir a definição das variáveis com suas respectivas categorias, estabelecidas previamente por pesquisa exploratória preliminar, a partir do próprio corpus.

(1) Variáveis em relação a população

- **Idade:** 1) zero a três anos; 2) quatro a seis anos; 3) sete a nove anos;
4) dez a doze anos.
- **Sexo:** 1) feminino; 2) masculino
- **Escolaridade:** 1) nenhuma; 2) pré-escolar; 3) 1ª a 4ª série; 4) 5ª a 8ª série;
5) não informa
- **Origem do encaminhamento**
 1. Espontâneo;
 2. Escola - refere-se a encaminhamento realizado pela escola que a criança frequenta, através da diretora, professora, psicóloga ou orientadora escolar;
 3. Profissional ou instituição da saúde - refere-se a médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, dentistas ou instituições do tipo hospital, posto de saúde, serviços públicos e/ou particulares de atendimento em saúde em geral;
 4. Conhecidos - refere-se a indicação por pessoas próximas à família, tais como amigos ou familiares, sem nenhuma indicação profissional prévia;
 5. Funcionários ou alunos da universidade - refere-se a indicação por membros da comunidade acadêmica, sem nenhuma indicação profissional prévia;
 6. Entidades sociais - refere-se a outras instituições de assistência social que não estejam relacionadas com órgãos da saúde, educação e/ou judiciário;
 7. Outros - refere-se a outras origens não classificadas em nenhuma outra categoria.

- **Queixas:** para essa variável foram utilizadas as 77 categorias descritas no Catálogo de queixas para crianças, elaborado por Silveiras (citado por Oliveira, 1999), cópia no Anexo D¹⁴.
- **Renda mensal familiar:** refere-se ao número de salários mínimos mensais da família. A unidade considerada foi a do salário mínimo regional no ano de 2001: R\$ 180,00.
 - 1) um; 2) dois a quatro; 3) cinco a sete; 4) oito a dez; 5) acima de dez;
 - 6) não informou
- **Idade dos pais e idade das mães**
 - 1) até 20 anos; 2) 21 a 26 anos; 3) 27 a 31 anos; 4) 32 a 40 anos; 5) 41 a 50 anos;
 - 6) Acima de 50 anos; 7) não informou.
- **Tipo de profissionalização dos pais e das mães**
 1. Médio: profissões técnicas que exigem 2º grau e/ou técnico;
 2. Superior: profissões de nível superior ou mais;
 3. Desempregado;
 4. Não trabalham;
 5. Fundamental: profissões ou ocupações que exigem escolaridade de 1º grau.
 6. Não informa.

¹⁴ Esse catálogo apresenta uma relação de 77 categorias comportamentais diferentes, mutuamente exclusivas, que foram construídas a partir de declarações verbais dos responsáveis pelas crianças. Essas declarações

(2) Variáveis em relação aos atendimentos

a) **Tempo de espera:** intervalo de tempo desde a data da triagem até a data da primeira entrevista para atendimento em uma das modalidades do SAI.

1) Menos de um mês; 2) um a dois meses; 3) três a quatro meses; 4) cinco a sete meses; 5) oito a onze meses; 6) 12 a 14 meses; 7) Acima de 14 meses.

b) **Tempo de atendimento:** intervalo de tempo a partir da data da primeira entrevista em uma das modalidades até o encerramento do atendimento no SAPSI, independente do número de sessões realizadas e do tipo de encerramento.

1) um mês; 2) dois a quatro meses; 3) cinco a sete meses; 4) oito a onze meses; 5) 12 a 14 meses; 6) acima de 14 meses.

c) **Quantidade de atendimento:** refere-se ao número de sessões realizadas, a partir da primeira entrevista;

1) uma a seis sessões; 2) sete a dez sessões; 3) 11 a 16 sessões; 4) 17 a 20 sessões; 5) 20 a 30 sessões; 6) Acima de 30 sessões.

d) **Modalidade de atendimento:** Refere-se aos serviços psicológicos oferecidos a população infantil

1) psicodiagnóstico infantil; Realizados por estagiários, com caráter interventivo;

2) terapia familiar; realizada em co-terapia: estagiários e supervisor;

3) psicoterapia individual; psicoterapia de orientação psicanalítica de longo prazo, realizada pela Psicóloga do SAPSI

foram reunidas em oito grupos mais amplos, tomando-se como referencial tanto o DSM III-R quanto a similaridade das queixas.

- 4) psicodiagnóstico e psicoterapia breve; são realizados pelo mesmo estagiário.
Quando o –psicodiagnóstico não foi suficiente para a conclusão do atendimento;
 - 5) psicodiagnóstico e terapia familiar; psicodiagnóstico realizado pelos estagiários e encaminhado para atendimento em terapia familiar realizada em co-terapia estagiários e supervisor;
 - 6) reeducação psicomotora; realizado por estagiários;
 - 7) entrevista de orientação com os pais; realizada pela psicóloga logo após a triagem;
 - 8) outros não especificados;
 - 9) aguarda atendimento.
- e) **Tipos de encerramento:** esta variável refere-se ao motivo do encerramento do atendimento, se ele de fato ocorreu ou em que momento do atendimento houve encerramento, se por interrupção ou conclusão.
1. Interrupção no início do psicodiagnóstico - refere-se à interrupção logo após as primeiras entrevistas;
 2. interrupção durante o psicodiagnóstico - refere-se à interrupção antes da conclusão (entrevista de devolução);
 3. interrupção no início do atendimento - refere-se à interrupção até a terceira entrevista em qualquer uma das modalidades, excluindo-se a modalidade do psicodiagnóstico;
 4. interrupção durante o atendimento - refere-se à interrupção depois da quarta entrevista em qualquer uma das modalidades, excluindo-se a modalidade do psicodiagnóstico;

5. encaminhamento após triagem - o cliente não foi atendido em nenhuma modalidade, sendo encaminhado para outro serviço externo quando chamado para iniciar atendimento;
6. encaminhamento após psicodiagnóstico - refere-se àqueles atendimentos em que, após ser concluído o psicodiagnóstico, a criança foi encaminhada para outro tipo de serviço não oferecido no SAPSI, ou porque a urgência do caso exigiu;
7. encaminhamento por término do semestre e /ou do estágio - refere-se àqueles casos em que o atendimento não foi interrompido pelo cliente nem por conclusão do processo, devido ao término do período de estágio, mas necessita continuidade e é então encaminhado para outro serviço;
8. conclusão do psicodiagnóstico - refere-se àqueles casos em que o término do psicodiagnóstico coincide com a conclusão do atendimento por melhora da queixa e/ou solução dos problemas iniciais;
9. conclusão da terapia familiar - refere-se àqueles casos em que o término da terapia familiar coincide com a conclusão do atendimento por melhora da queixa e/ou solução dos problemas iniciais;
10. conclusão da psicoterapia - refere-se àqueles casos em que o término da psicoterapia coincide com a conclusão do atendimento por melhora da queixa e/ou solução dos problemas iniciais, tanto na psicoterapia breve (precedida do psicodiagnóstico) quanto na psicoterapia individual;
11. está em atendimento: o cliente estava em atendimento no momento da coleta de dados.

f) **Motivo das desistências:** esta variável refere-se aos motivos das desistências daqueles clientes que foram triados, porém não iniciaram atendimento. Após o intervalo do tempo de espera, o cliente foi chamado e não compareceu porque:

1. resolveu o problema ou a queixa;
2. está sendo atendido em outro local;
3. mudou de cidade ou de residência;
4. não quer ou acha que não precisa mais de atendimento;
5. teve problemas de horário;
6. não foi localizado - refere-se a diversas situações, tais como endereço errado ou mudança após várias tentativas de se tentar encontrá-lo no endereço informado na ficha, ou de localizá-lo por carta ou telefone;
7. não informou - refere-se àquelas situações em que o cliente é localizado, chamado, mas não comparece e não justifica;
8. teve problemas de transporte - refere-se a problemas no tocante à distância ou a recursos para pagar transporte;
9. outros - refere-se principalmente a ficha não preenchida ou a outra especificação não preenchida pelas demais categorias.

2.5. Procedimentos para coleta de dados

Os procedimentos de coleta e registro de dados foram realizados no período de julho de 2001 a fevereiro de 2002, através da localização das fichas da população infantil, registrada na “listagem anual da triagem” do SAPSI. A partir da localização dessas fichas nos arquivos ou na lista de espera, constatou-se uma quantidade significativa de fichas incompletas. Para que os dados fossem completados, foram realizadas consultas aos prontuários e, eventualmente, contato pessoal com o estagiário responsável pelo caso ou com a supervisora local. Logo a seguir, foram organizadas pastas das fichas, classificadas pelo ano de realização da triagem. Ao total foram localizadas 119 fichas.

Primeiramente, foram codificadas em ordem numérica cada uma das categorias de cada uma das variáveis nominais (sexo, origem do encaminhamento, profissionalização dos pais e das mães, modalidade de atendimento, tipos de encerramento e motivos das desistências), conforme a numeração apresentada anteriormente.

Posteriormente, foram transcritos os resultados encontrados relativos às 16 variáveis pesquisadas em um protocolo de coleta de dados anual (modelo no Anexo B), confeccionado em planilha do aplicativo Microsoft Excel. Esse aplicativo gerou uma matriz geral dos dados coletados dos documentos referentes as crianças atendidas no período de 1997 a 2000.

2.5. Tratamento dos dados e análise dos resultados

A partir da matriz dos dados coletados, organizada em planilha do aplicativo Microsoft Excel, foram calculados os somatórios e percentuais para cada um dos quatro anos pesquisados e para o total do período. Esses resultados foram organizados em tabelas

de distribuição de frequência das ocorrências de cada categoria, para cada uma das 16 variáveis do estudo. Para as variáveis numéricas, foram calculadas as medidas estatísticas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio-padrão), organizadas nos quadros 3 e 4 do Anexo E. Também foram construídos gráficos do tipo Histograma com curva de Gaus, utilizando-se o aplicativo Origin5.0.

Todos os resultados das variáveis relativas aos atendimentos bem como das variáveis da população foram organizadas em tabelas de distribuição de frequência, com percentuais válidos e acumulados. Realizou-se o cruzamento de dados das variáveis analisadas com a finalidade de examinar as relações existentes entre elas e estes resultados foram organizados em tabelas de contingência (*croostab*), no aplicativo SPSS, versão 10.0. Foram calculados os coeficientes de correlações de *Pearson* no cruzamento de variáveis numéricas, com a finalidade de averiguar o nível de significância da correlação entre as variáveis analisadas.

Em relação aos cruzamentos das variáveis numéricas com as variáveis nominais, foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas, para cada categoria das variáveis qualitativas (SPSS).

A análise dos resultados, os quais foram obtidos por meio de tratamento estatístico descritivo, foi elaborada em termos de descrição de cada variável e das relações e associações entre elas. Esses resultados estão relatados separadamente no que se refere a cada uma das variáveis que caracterizam a população e às que caracterizam os atendimentos realizados no SAI.

Enfim, foram discutidos comparativamente os resultados desta pesquisa com os resultados de outras pesquisas realizadas no País sobre caracterização das clínicas-escola e de pesquisas que relatam resultados sobre efetividade, aderência, desistências e

treinamento de processos psicoterápicos breves neste tipo de instituição de formação ou em outras similares.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No período de 1997 a 2000, o SAPSI realizou 1264 triagens, entre essas 249 eram de crianças de 2 a 12 anos, que representaram aproximadamente 20% do total de pessoas que buscaram atendimento psicológico, conforme pode ser verificado na Tabela 1.

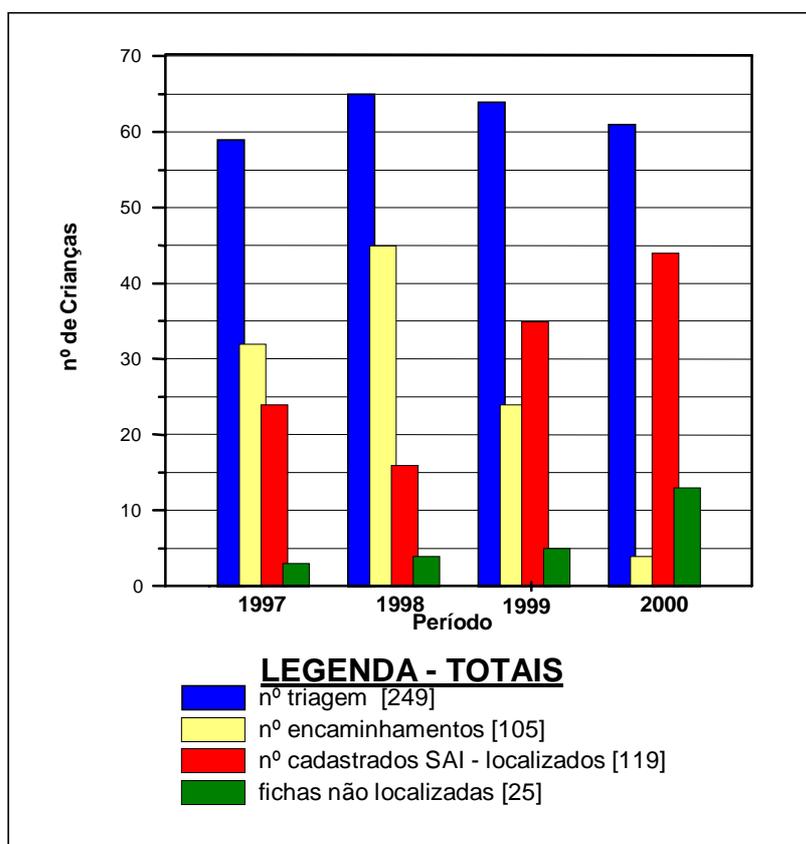
Tabela 1. Distribuição percentual das ocorrências de triagens realizadas no SAPSI, conforme a faixa etária, entre 1997 -2000.

CLIENTES TRIADOS	PERÍODO				TOTAL	%
	1997	1998	1999	2000		
Clientes > 12 anos	285	297	240	193	1015	80,3
Clientes < =12 anos	59	65	64	61	249	19,7
TOTAL	344	362	304	254	1264	100

Toda a população infantil (com idades inferiores ou igual a 12 anos) que buscou atendimento psicológico procede da região metropolitana Florianópolis, e, segundo os dados observados e registrados na figura 1-A, 105 crianças, que representam 42,2% do total de triagens realizadas, foram encaminhadas logo após a triagem para outros serviços da própria Universidade ou da comunidade. Essas crianças não preencheram ficha na instituição, e, portanto, não há registros de dados referentes a elas. Foram localizados 119 registros (fichas de inscrição), que representam 47,8% do total da triagem da população infantil, daquelas que se cadastraram para aguardar atendimento (144 crianças). Destas, 25 fichas, que correspondem a 10% do total de crianças cadastradas para atendimento, não foram localizadas.

Na Figura 1-A, também pode-se visualizar comparativamente as ocorrências dos diferentes encaminhamentos realizados para as crianças triadas, entre 1997 e 2000. Observa-se que a quantidade de crianças que buscou atendimento se manteve praticamente a mesma, com uma média anual de 62,25 crianças e com um desvio-padrão de 2,75 (N = 249). O número de encaminhamentos após a triagem, de 1997 a 1998, aumentou de 32 para 45. Logo após, em 1998, 1999 e 2000, os encaminhamentos foram diminuindo de 45 para 24, até chegar a 4 encaminhamentos (n = 105). Na mesma proporção, nesse período, aumentou de 16 para 35 o número de crianças cadastradas no SAI para atendimento, até chegar a 44 em 2000 (dentre as fichas localizadas, N = 119).

Figura 1-A: Distribuição das ocorrências dos encaminhamentos da população infantil, que realizou triagem no SAPSI, de 1997 a 2000.



O número de fichas não localizadas, desde 1997, também foi aumentando gradativamente. No período de 1999 a 2000, esse número aumentou de 5 para 13.

Existem fatores sociais diretamente ligados ao funcionamento do SAPSI que podem ter interferido nesses aspectos analisados. Em 1998, ocorreu uma longa greve de servidores e docentes da UFSC, que alterou parcialmente as atividades clínicas e administrativas do SAPSI. Esses acontecimentos causaram mudanças também no ano seguinte no calendário acadêmico, interferindo nas rotinas e na sistemática dos estágios e das atividades do SAPSI. Logo depois, em 2000, aconteceu mais uma greve dos servidores federais. Normalmente, no período de greve, os serviços do SAPSI não param totalmente. Os atendimentos que estão em andamento continuam, porém os atendimentos novos e as triagens não são realizados, e os horários funcionam como em plantão, somente em alguns dias da semana, com redução do horário aberto ao público.

Outro fator importante ligado ao funcionamento do SAPSI foi a saída, no início de 1997, de uma das duas psicólogas que trabalhavam realizando triagem e atendimento psicológico, entre outras atividades. Verificou-se, então, uma diminuição de pessoal disponível para triagem, organização e sistematização do fluxograma dos atendimentos e dos documentos no SAPSI, que ficavam sob a responsabilidade das psicólogas, por serem material sigiloso e de caráter confidencial.

Mesmo interferindo nas rotinas de trabalho e, provavelmente, no aumento de fichas não-localizadas, esses fatores não influíram no número de crianças que buscaram atendimento, e provavelmente não são devidos a esses fatores também o aumento de crianças cadastradas e a conseqüente diminuição dos encaminhamentos externos.

Os encaminhamentos externos são realizados para as pessoas que não desejam esperar pelo atendimento no SAPSI. Para não aguardarem pelo serviço em lista de espera, essas pessoas são encaminhadas, na maioria das vezes, para atendimento psicológico por

profissionais conveniados que atendem por um valor reduzido de honorários, conforme a renda do paciente. No SAPSI os atendimentos são totalmente gratuitos. A grande maioria das pessoas preferiu esperar a pagar pelos serviços de profissionais externos à Universidade.

O encaminhamento externo ocorre em três outras situações: (1) a urgência que demanda o caso; (2) a não disponibilidade de atendimento às demandas solicitadas pelas pessoas, nas modalidades de atendimento psicológico que são oferecidas pelo SAPSI; (3) raramente, a não-aceitação da pessoa em ser atendida por um estagiário.

Na Figura 2, no Quadro 1, apresenta-se a relação de supervisores, estagiários e psicólogos que atenderam no SAI nesse período. Apesar do número de supervisores acadêmicos ter se mantido praticamente o mesmo, houve aumento, a partir de 1999, do número de estagiários prestando atendimento, de 5 em 1997 para 30 em 2000.

Figura 2. Quadro 1: Relação do número de pessoal disponível para atendimento infantil no SAPSI, por período

PESSOAL	PERÍODO				Média/ano
	1997	1998	1999	2000	
Psicólogas	1	1	1	1	1
Supervisores	1	3	3	2	2,25
Estagiários	5	9	20	30	16

Fonte: Relatório das atividades anuais do SAPSI de 1997 a 2000.

O aumento progressivo e significativo do número de estagiários pode ter sido um dos fatores que tenham interferido em maior disponibilidade de atendimento às demandas e necessidades da população infantil, porém esse fator isolado não justificaria o aumento significativo do número de crianças, que preferiram aguardar atendimento, e nem a diminuição dos encaminhamentos externos.

Todavia, pode-se verificar na Figura 2-A a inclusão gradual de diferentes modalidades e tipos de intervenção psicológica nos serviços oferecidos pelo SAPSI, fator importante que pode ter contribuído para a diminuição dos encaminhamentos externos, levando-se em

consideração o aumento da amplitude de alcance dos atendimentos psicológicos às diferentes demandas da população.

A Terapia familiar foi incluída como modalidade de atendimento oferecida no SAI, a partir de 1998. Além disso, apesar do número de supervisores sofrer poucas alterações, houve mudanças de supervisores com projetos de intervenção em tipos diferentes de intervenção da modalidade de Psicoterapia breve. Em 1998, houve a inclusão também da modalidade de Reeducação psicomotora, que permaneceu até 1999. Nesse mesmo ano, uma proposta de intervenção foi inserida nas necessidades específicas de dificuldades de aprendizagem, projeto que permaneceu apenas naquele ano. Em 2000, novamente houve uma troca de supervisora, que, ao assumir, além de supervisionar o atendimento em terapia familiar, incluiu uma intervenção diferenciada da modalidade de atendimento em Psicoterapia breve, a Visita domiciliar, a qual favorecia uma integração com a comunidade.

No Quadro 2, da Figura 2-A, são apresentados esses acréscimos nos tipos de atendimento psicológico oferecidos. Os tipos diferenciados de intervenção foram classificados, durante a coleta de dados, na mesma categoria de Psicoterapia breve, mas é possível verificar que essa modalidade pode se desdobrar em intervenções breves diferenciadas, que ampliam as possibilidades de atendimento às diferentes demandas da população infantil.

Figura 2-A. Quadro 2: Distribuição da freqüência de supervisores/psicólogos disponíveis para atendimento no SAI, nos diferentes tipos de intervenção/modalidade, de 1997 a 2000.

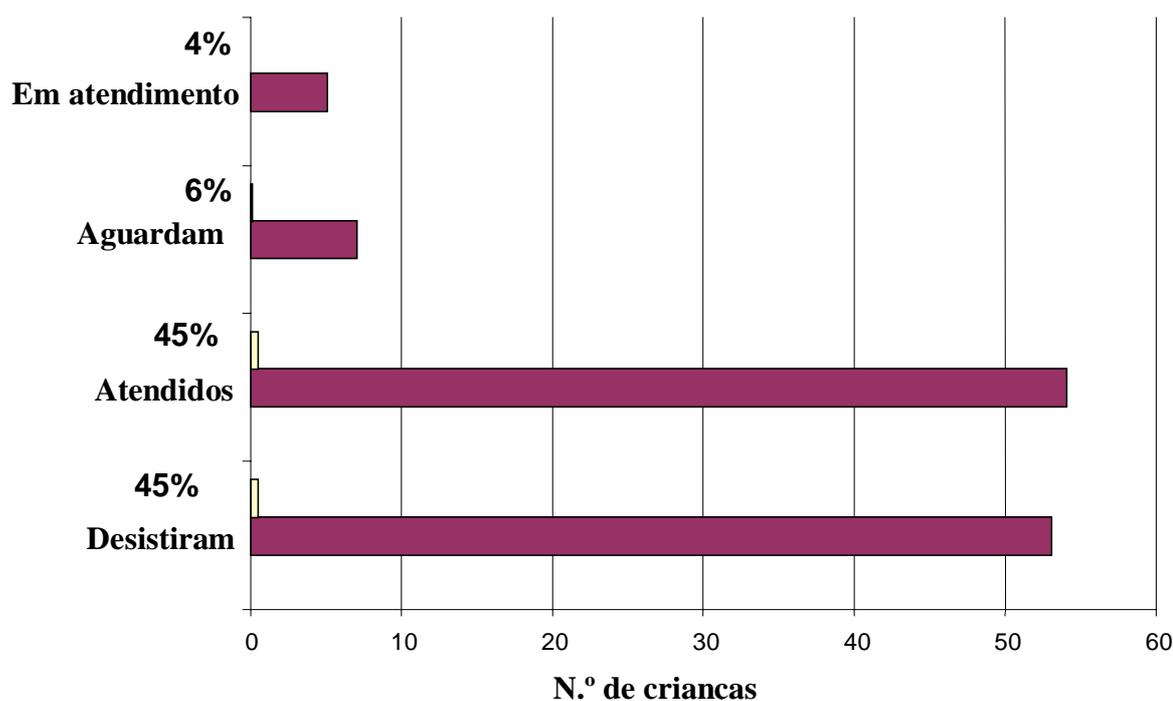
MODALIDADES DE ATENDIMENTO	PERÍODO			
	1997	1998	1999	2000
	n.º de supervisores/psicólogos			
Psicodiagnóstico infantil	2	2	1	1
Terapia familiar	0	1	1	2
Reeducação psicomotora	0	1	1	0
Intervenção nas dificuldades ensino–aprendizagem*	0	0	1	0
Visita domiciliar*	0	0	0	1
Psicoterapia breve	1	1	1	1
TOTAL	3	5	5	5

*Intervenções incluídas na coleta de dados na modalidade de Psicoterapia breve

Fonte: Relatório anual de atividades do SAPSI de 1997 a 2000.

Na Figura 3 verificam-se os dados referentes à situação atual (2001) dos atendimentos da população infantil, identificada através das fichas analisadas para este estudo de caracterização da população e dos atendimentos realizados no SAI do SAPSI.

Figura 3. Distribuição percentual das ocorrências dos atendimentos das crianças cadastradas no SAI, para N=119 (12/2001).



Do total de crianças cadastradas (N = 119), 45% desistiram do atendimento, ou seja, após um tempo de espera elas foram chamadas, mas não iniciaram atendimento em nenhuma das modalidades. Uma proporção semelhante, 45% das crianças iniciaram o atendimento no SAI em uma das modalidades¹⁵. Do restante, 6% das crianças aguardam em fila de espera, e 4% das crianças estão em atendimento. A situação atual está apresentada conforme a época de realização dos procedimentos de registro dos resultados da coleta dos dados, que ocorreu entre novembro de 2001 e fevereiro de 2002. Esse período coincidiu, em parte, com as férias coletivas do SAPSI – de 20/12/2001 a 04/02/2002 – e com a transição do término do estágio de uma turma e início de outra, por isso apresenta um número reduzido de crianças em atendimento.

O SAI apresenta, portanto, um alto índice de evasão antes do início dos atendimentos propriamente ditos em uma das modalidades do SAI, o que corresponde a uma realidade mencionada em praticamente todos os resultados das pesquisas de caracterização de clínicas-escola do País (Ancona-Lopez, 1981; Silvares, 1996; 1998; Oliveira, 1999). Apesar disso, as mesmas pesquisas relatam um percentual da população infantil superior ao percentual da população de adultos, no SAPSI constata-se uma realidade diferente; aproximadamente 20% das triagens foram realizadas com crianças.

A partir desse panorama geral, os resultados em relação às variáveis da população e dos atendimentos realizados serão apresentados em duas seções.

- 1) caracterização da população infantil e
- 2) caracterização dos atendimentos psicológicos.

¹⁵ As ocorrências e os motivos relativos às desistências, aos atendimentos iniciados, aos tipos de encerramento e às modalidades de atendimento serão analisados em seção específica de caracterização dos atendimentos.

3.1 Caracterização da população infantil

Os resultados das ocorrências das categorias de cada uma das variáveis referentes ao perfil sociodemográfico da população infantil, cadastrada para atendimento no SAI, no período de 1997 a 2000, para N = 119, serão apresentados e analisados através de tabelas, figuras, histogramas e medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas.

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados em relação as variáveis encontradas na população infantil.

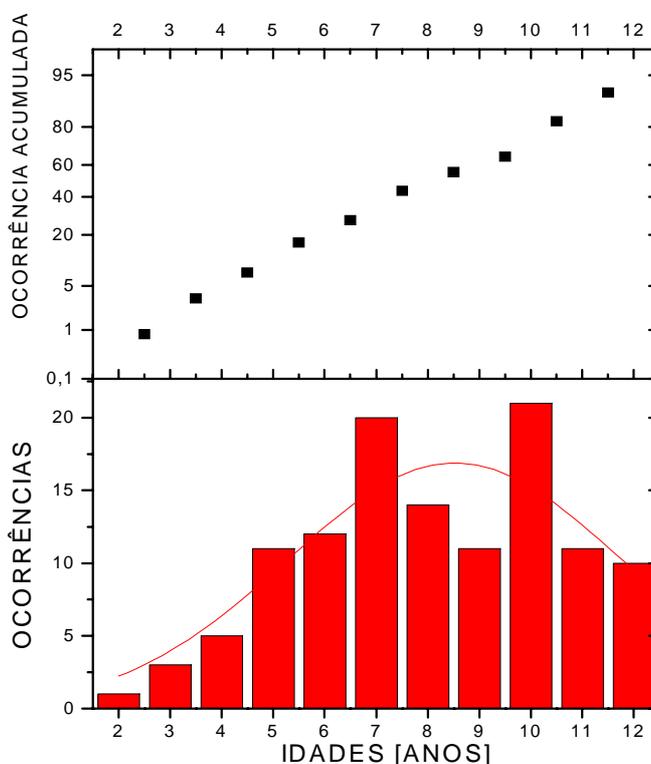
Tabela 2. Distribuição percentual das ocorrências, por categoria, das variáveis idade, sexo e escolaridade da população infantil, para N=119

Variáveis	Ocorrências	%
IDADE (anos)		
1 1 á 3	4	3,4
2 4 à 6	28	23,5
3 7 á 9	45	37,8
4 10 á 12	42	35,3
SEXO		
1 Feminino	52	43,7
2 Masculino	67	56,3
ESCOLARIDADE		
1 nenhuma	3	2,5
2 pré-escolar	23	19,3
3 1 ^a à 4 ^a série	81	68,1
4 5 ^a á 8 ^a série	10	8,4
5 não Informa	2	1,7

Em relação ao sexo, 56,3% da população infantil é do sexo masculino, havendo uma pequena diferença de percentual entre o sexo feminino, que representa 43,7% da população. Constatou-se, portanto, o predomínio de meninos.

As idades de maior ocorrência foram distribuídas entre as categorias de 7 a 9 anos (37,8%) e de 10 a 12 anos (35,3%), e apresentaram uma média de 8 anos, com desvio-padrão de 2,46, representando uma baixa dispersão em torno da média, conforme pode ser constatado no Quadro 3, do Anexo E. A idade de maior ocorrência foi de 10 anos (moda), tendendo para uma maior concentração nas idades superiores a 7 anos. Portanto, a maior concentração das idades está no intervalo entre 7 a 10 anos, com incidência maior na idade de 7 e na de 10 anos, conforme verifica-se na Figura 4.

Figura 4. Histograma 1: Distribuição das ocorrências das idades de 2 a 12 anos, da população triada no SAI



Esse intervalo de idade coincide com a faixa etária em que normalmente as crianças freqüentam da 1ª até a 4ª série do Ensino Fundamental, e foi justamente essa categoria de escolaridade que apresentou o maior percentual entre as crianças atendidas: 68,1%, que representam 81 crianças, para N = 119, conforme pode ser observado na Tabela 2. A menor concentração (abaixo de 10%) das ocorrências da escolaridade foi verificada nas categorias: 1 – nenhuma (2,52%); e 4 – de 5ª a 8ª série (8,4%). Havia uma expectativa de que a categoria de 5ª a 8ª série fosse de menor índice, pois inclui séries em que as idades são superiores à idade máxima da população pesquisada (12 anos). Normalmente a 7ª e a 8ª séries são freqüentadas por crianças a partir dos 12 anos. Essas duas categorias de escolaridade de menor ocorrência correspondem também às mesmas faixas de idade que obtiveram os menores índices de ocorrência, conforme a Figura 4, respectivamente as categorias de 2 a 4 (nenhuma escolaridade) e acima de 10 anos (de 5ª a 8ª série).

Na Tabela 3, apresentam-se os resultados em relação à faixa etária dos pais (pai e mãe) da população infantil.

Tabela 3. Distribuição percentual das ocorrências da faixa etária dos pais da população infantil

FAIXA ETÁRIA		<u>Ocorrências</u>		<u>Percentual</u>	
categorias (anos)		PAI	MÃE	PAI	MÃE
1	até 20	1	1	0,8	0,8
2	21 a 26	5	4	4,2	3,4
3	27 à 31	12	19	10,0	16
4	32 a 40	29	33	24,4	27,7
5	41 a 50	15	9	12,7	7,6
6	Acima de 50	1	1	0,8	0,8
7	Não Informa	56	52	47,1	43,7
TOTAL		119	119	100	100

Na faixa etária dos pais encontra-se um índice de ocorrência da categoria “não informado” bastante alto, praticamente metade da amostra, tanto dos registros em relação aos pais como em relação às mães (47,1% e 43,7%, respectivamente). As fichas de inscrição utilizadas no SAI no ano de 1999 não solicitavam essa informação, e, além disso, muitos dados dos prontuários não informavam esse item, inclusive em outros anos (1997, 1998 e 2000) nos quais as fichas solicitavam a faixa etária dos pais.

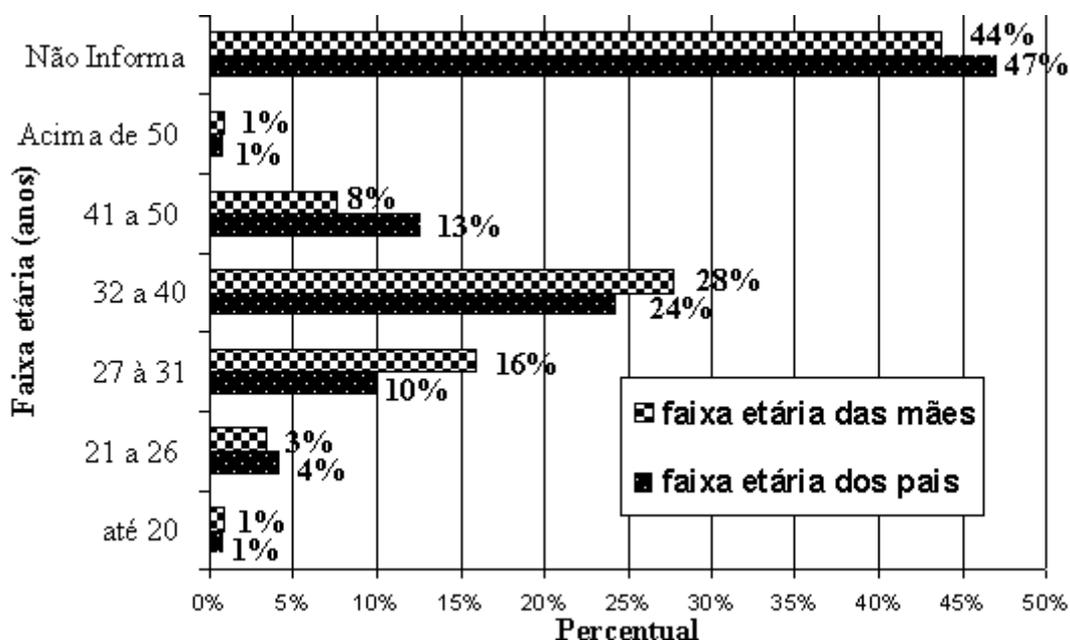
As categorias de maior ocorrência, tanto em relação às mães quanto aos pais, foram na faixa etária de 32 a 40 anos (33 e 29 ocorrências, respectivamente). Os resultados das medidas de tendência central e de dispersão, conforme o Quadro 3 do Anexo F, ratificam a tendência encontrada no percentual de ocorrências informadas: a de idade mínima, de 20 anos para ambos, e a de idade máxima, de 54 e 56, respectivamente, para os pais e para as mães.

As mães apresentaram uma idade média de 34,2 anos, mediana de 33,5 e moda de 27 anos, para um desvio-padrão de 6,92. A segunda categoria de maior ocorrência das mães é a de 27 a 31 anos, com 19 ocorrências. Nessa categoria encontra-se uma faixa etária bem aproximada da moda, que é 27. A diferença da média para a moda é de 7,21, próxima do valor do desvio-padrão 6,92, o que significa uma certa regularidade das idades em torno da média de aproximadamente 35 anos.

Os pais apresentaram uma idade média de 35,8 anos, a mediana de 35 anos e a moda de 30 anos, para um desvio-padrão de 6,85 (conforme o Quadro 3 do Anexo F). A segunda categoria de maior ocorrência é a de faixa etária de 41 a 50 anos, apresentando 15 ocorrências, seguida da categoria de 27 a 31 anos, com 12 ocorrências. Houve uma distribuição um pouco mais dispersa em relação à média.

Na Figura 5 pode-se verificar melhor a distribuição percentual das ocorrências das categorias de idade, comparativamente de ambos os pais.

Figura 5. Distribuição percentual das ocorrências da faixa etária dos pais



Os pais apresentaram 47% das ocorrências no intervalo entre 27 a 50 anos de idade. As mães apresentaram um percentual de 44% das idades distribuídas entre 27 e 40 anos (Figura 5). Pais e mães diferem um pouco nas idades, porém fazem parte de uma faixa etária semelhante e apresentam pouca diferença das idades entre si.

Tabela 4. Distribuição percentual das ocorrências do tipo de profissionalização dos pais.

TIPO DE PROFISSIONALIZAÇÃO	Ocorrências		Percentual %	
	PAI	MÃE	PAI	MÃE
1 Médio	30	23	25,2	19,3
2 Superior	8	4	6,7	3,4
3 Desempregado	4	1	3,4	0,8
4 Não trabalha	1	20	0,8	16,8
5 Fundamental	27	25	22,7	21
6 Não Informa	49	46	41,2	38,7
TOTAL	119	119	100	100

Na tabela 4 verifica-se que a variável tipo de profissionalização dos pais também apresentou um índice significativo de dados “não informados”, sendo aproximadamente 39% das mães e 41% dos pais. Os pais apresentaram maior ocorrência na categoria médio (25,2 %) e fundamental (22,7 %) somando 57 ocorrências. As outras 13 ocorrências informadas distribuíram-se entre as categorias de tipo de profissionalização superior, desempregado ou dos que não trabalham, representando 10,9 %, para N = 119 .

As mães apresentaram também maior concentração das ocorrências nas categorias de nível fundamental (21%) e nível médio (19,3 %), somando 48 ocorrências (Tabela 4). Por outro lado, verifica-se um índice significativo (16,8 %) de mães que não trabalham fora de casa, em comparação com os pais, pois somente uma ocorrência entre os pais nesta categoria, e 3,4 % estão desempregados.

Enfim, os pais apresentam um tipo de profissionalização médio ou fundamental na maioria das ocorrências, e com relação às mães predominam-se os níveis fundamental e médio, respectivamente, com um índice significativo de mães que não trabalham fora de casa. Isto não quer dizer que elas não tenham uma profissionalização, mas as informações acessíveis mostram que no momento do preenchimento da ficha de inscrição não estavam trabalhando.

Em relação a origem do encaminhamento, conforme a Tabela 5, as categorias “Escola” e “Profissional/Instituição de saúde” apresentaram os maiores percentuais de encaminhamentos, as duas juntas somam uma concentração de 46% do total de encaminhamentos. Um percentual significativo de 16% se originou da própria comunidade universitária – “Funcionários ou alunos” –, igualmente na categoria “Outros” (16%).

Tabela 5. Distribuição das ocorrências e percentual da origem do encaminhamento da população infantil

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO		ocorrências	percentual [%]
1	Espontâneo	9	8
2	Escola	27	23
3	Profissional ou instituição da saúde	27	23
4	Conhecidos	13	11
5	Funcionário ou alunos da universidade	19	16
6	Entidades sociais	5	4
7	Outros	19	16
TOTAL		119	100

Na categoria “Outros”, pode-se encontrar informações diversas, que incluem a possibilidade de ter sido uma procura espontânea, pois em muitas fichas de inscrição não constava a informação sobre o encaminhamento. Uma das probabilidades é de que a procura tenha sido espontânea, porém não foi possível registrar dessa maneira por não haver nenhum outro registro que confirmasse essa possibilidade.

Na categoria “Espontâneo”, registraram-se aquelas ocorrências em que, mesmo não havendo registro na ficha, havia alguma informação do prontuário que confirmava esse tipo de origem do encaminhamento. A categoria “Espontâneo” obteve um percentual de apenas 8%, contudo é provável que ela represente um percentual mais alto, pois foi difícil identificar se nas referências às outras categorias, como “Conhecidos”, “Alunos” e “Funcionários da universidade”, a menção foi devido à origem do encaminhamento ou à indicação do local para busca do atendimento psicológico.

Na Tabela 6, verificam-se os cruzamentos das categorias da faixa etária com as categorias da origem do encaminhamento.

Tabela 6 . Distribuição percentual das ocorrências das categorias da origem do encaminhamento, por faixa etária da população infantil do SAI

Origem do encaminhamento	Faixa etária (anos)				Total %
	1 a 3 %	4 a 6 %	7 a 9 %	10 a 12 %	
Espontâneo	0,00	1,68	2,52	3,36	7,56
Escola	0,00	5,88	10,08	6,72	22,69
Prof./instituição de saúde	1,68	5,04	9,24	6,72	22,69
Conhecidos	0,00	1,68	5,88	3,36	10,92
Funcionários/alunos da univ.	0,84	2,52	5,04	7,56	15,97
Entidades sociais	0,00	1,68	0,84	1,68	4,20
Outros	0,84	5,04	4,20	5,88	15,97
Total	3,36	23,53	37,82	35,29	100

Nas faixas etárias de maior concentração das ocorrências de “7 a 9” anos também apresentam maior concentração das ocorrências das categorias “Escola” (10,08%) e “Profissional ou Instituição da saúde” (9,24%), coincidindo com as duas ocorrências de maior incidência da origem do encaminhamento. Porém, nas crianças de 10 a 12 anos, a maior concentração das ocorrências da origem do encaminhamento foi de 7,56% na categoria “Funcionários ou alunos da universidade”, seguida de 6,72% nas categorias “Escola e Profissional ou Instituição da saúde”.

Um percentual significativo de 49% do total de registros também não informou sobre a renda familiar, conforme observado na Tabela 7. Parte disso ocorreu porque as fichas utilizadas em 1999 não solicitavam essa informação (80% naquele ano não informaram).

Tabela 7. Distribuição percentual das ocorrências da renda mensal familiar (1997-2000).

RENDA FAMILIAR										
Salário mínimo*	Ocorrências									
	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	Total	%
1 1	3	13	2	13	0	0	2	5	7	6
2 2 a 4	1	4	1	6	5	14	19	43	26	22
3 5 a 7	8	33	3	19	2	6	7	16	20	17
4 8 a 10	1	4	1	6	0	0	2	5	4	3
5 > 10	0	0	0	0	0	0	4	9	4	3
6 Não Informa	11	46	9	56	28	80	10	23	58	49
TOTAL	24	100	16	100	35	100	44	100	119	100

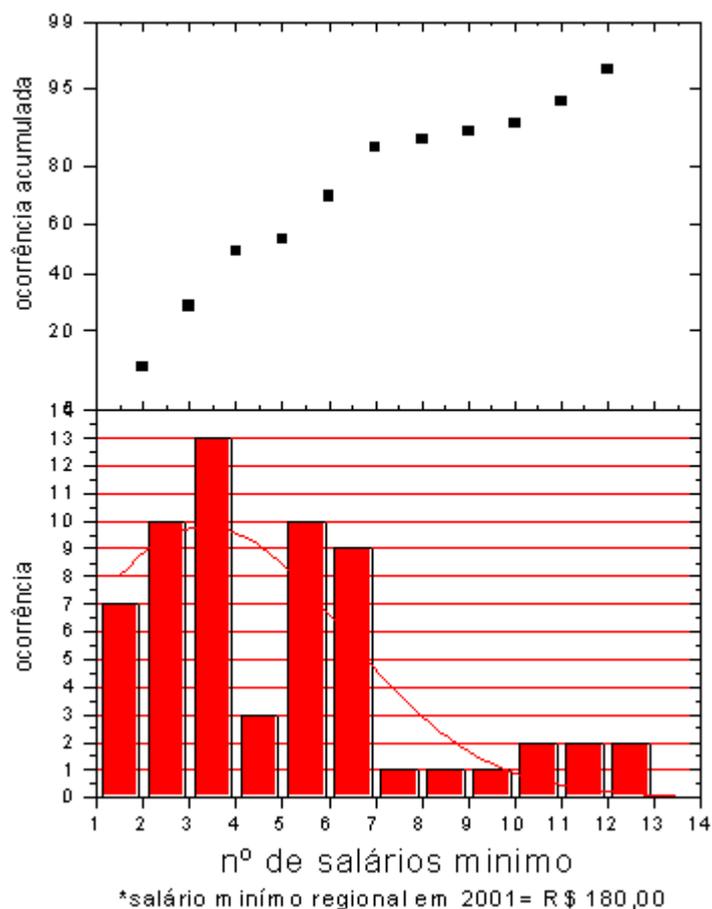
* salário mínimo regional em 2001 R\$ 180,00

Porém, nos anos de 1997 e 1998 um percentual significativo da população atendida – 46% e 56%, respectivamente – deixou em branco o campo da ficha que solicitava a informação sobre a renda familiar, e raramente se encontra esse dado nos prontuários. Nesse caso, portanto, os resultados da variável renda familiar serão considerados como uma tendência da amostra (n = 61) da população infantil.

Em 1997, 33% do total da população (dos dados informados) tinha uma renda mensal familiar em torno de 5 a 7 salários mínimos e 13% recebiam apenas um salário. Em 1998, 19% tinham renda de 5 a 7 salários, e assim como em 1997 13% possuíam renda de um salário mínimo. Em 1999, 6% se incluíam na categoria de 5 a 7 salários, e 14% tinham renda de 2 a 4 salários. Em 2000, 43% tinham renda de 2 a 4 salários, 16% de 5 a 7, 5% de um salário mínimo de renda mensal familiar. Torna-se evidente um decréscimo gradativo anual da renda mensal familiar da população infantil. Os resultados apresentados configuram um mapeamento das probabilidades do restante da amostra, levando-se em conta que o percentual de informados é superior a 50%.

Na Figura 6 é apresentado um histograma para que se possa visualizar comparativamente a distribuição dos resultados informados por número de salários da renda mensal familiar. A maior concentração da distribuição das ocorrências da renda mensal familiar encontra-se no intervalo de 2 a 7 salários mínimos, tendo-se uma média de 4,46 salários e um desvio-padrão de 2,88, indicando uma dispersão significativa (Quadro 3, Anexo D). A moda encontrada foi de 3 (13 ocorrências para n = 61), a mediana de 4, com o mínimo de um e o máximo de 12 salários mínimos. Enfim, verifica-se uma concentração maior em uma das extremidades da distribuição dos valores das ocorrências, com alguns picos significativos em 2, 3, e 6 salários mínimos de renda mensal familiar

Figura 6. Distribuição das ocorrências da renda mensal familiar, por número de salários mínimo informados, n = 61



Na Tabela 8 estão apresentados os resultados em relação à queixa principal, de acordo com as ocorrências de cada grupo de distúrbios. Conforme o catálogo de queixas (Anexo D) as 77 queixas são agrupadas em nove grupos de distúrbios.

Tabela 8. Distribuição percentual das ocorrências da queixa principal, por grupo de distúrbio*

QUEIXA PRINCIPAL			
GRUPO		ocorrências	%
1	Distúrbio espec. do desenv. das hab. escolares	24	20,2
2	Distúrbios de comportamentos explícitos	50	42,0
3	Distúrbios de comportamentos não explícito	26	21,8
4	Distúrbios de alimentação e sono	9	7,6
5	Distúrbios de identidade	2	1,7
7	Distúrbios de expulsão	2	1,7
8	Distúrbios orgânicos	1	0,8
9	outras queixas	5	4,2
Total		119	100,0

* Silvaes (1991), catálogo de queixas infantis

A maior concentração das queixas são classificados como distúrbios de comportamento explícitos (42%) seguidos dos distúrbios de comportamento não explícitos (21,8%) e distúrbios específicos do desenvolvimento e das habilidades escolares (20,2%).

A relação da distribuição percentual das ocorrências, para cada uma das queixas principais encontradas, de 1997 a 2000, estão apresentadas na Tabela 10 – Anexo C.

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados das queixas mais frequentes (percentual superior a 4%) que representam 56,3% em relação ao total de ocorrências da queixa principal (n = 67). A queixa de “Comportamento agressivo ou de brigas” foi a que apresentou maior concentração de ocorrências (11,8%) seguido do “Comportamento agitado, sem paradas” (8,4%) e “Mau desempenho escolar” (7,6%). Apresentam índices significativos também as queixas de “comportamento de medo/ansiedade” (5,9%) de “comportamento dispersivo ou falta de atenção” e de “dificuldade da fala”, ambos representam 5%, cada uma.

Tabela 9. Distribuição das ocorrências e percentual dos tipos de queixa principal de maior frequência, para N = 119

QUEIXA PRINCIPAL			
(código)	GRUPO	Ocorrências	%
(1) Comportamento agressivo ou de brigas	2	14	11,8
(2) Comportamento agitado, sem paradas	2	10	8,4
(12) Mau desempenho escolar	1	9	7,6
(34) Comportamento de medo/ansiedade	3	7	5,9
(11) Compto. dispersivo ou falta de atenção	2	6	5,0
(19) Dificuldade da fala	1	6	5,0
(42) Compto.de rebeldia/revolta/reclamar de tudo	2	5	4,2
(49) Dificuldades/sono/agitação/insônia/pesadelos	4	5	4,2
(70) sem nome	9	5	4,2
TOTAL		52	56,3

3.2 Caracterização dos atendimentos psicológicos

A maior concentração das ocorrências do intervalo tempo de espera, apresentadas na Tabela 11, está nos intervalos de “até 1” e de “5 a 7” meses, que representam 21% do total (N = 119). Portanto, 42% da clientela triada no SAI aguarda de um a sete meses para iniciar atendimento.

Tabela 11. Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, por categoria de 1997 a 2000.

TEMPO DE ESPERA categorias (mês)	Ocorrências					%
	1997	1998	1999	2000	TOTAL	
>= 1	3	2	6	14	25	21
< 1 a 2	3	0	5	5	13	11
3 a 4	3	0	4	10	17	14
5 a 7	9	3	8	5	25	21
8 a 11	2	5	5	2	14	12
12 a 14	3	5	2	4	14	12
< 14	0	1	4	4	9	8
Não Informa	1	0	1	0	2	2
TOTAL	24	16	35	44	119	100

A cada ano pesquisado, observa-se uma variação do número de ocorrências em todos os intervalos do tempo de espera, ou seja, ao longo do período de 1997 a 2000 verifica-se um aumento do número de ocorrências tanto em intervalos de tempo menores (de “até um” e “3 a 4” meses) quanto nos intervalos de tempo maiores (de “12 a 14” e “mais de 14” meses). Por outro lado, nos intervalos de tempo “5 a 7” e “8 a 11”, entre um ano e outro, observa-se aumento e diminuição das ocorrências. Não se observa uma associação direta entre o ano de procura de atendimento e o intervalo do tempo de espera.

Na Tabela 11-A, apresentam-se os resultados das ocorrências durante todo o período do tempo de espera, em intervalos mensais. A distribuição do número de ocorrências por quantidade de meses torna mais evidente que o número de meses de maior ocorrência é um mês (21%), conforme demonstra a primeira linha da Tabela. Por outro lado, mostra um número de ocorrências significativas de até seis meses, acumulando 60,7% das ocorrências, sendo 11,1% equivalente a dois meses, 12% equivalente a quatro meses, e 8,5% a seis meses de tempo de espera.

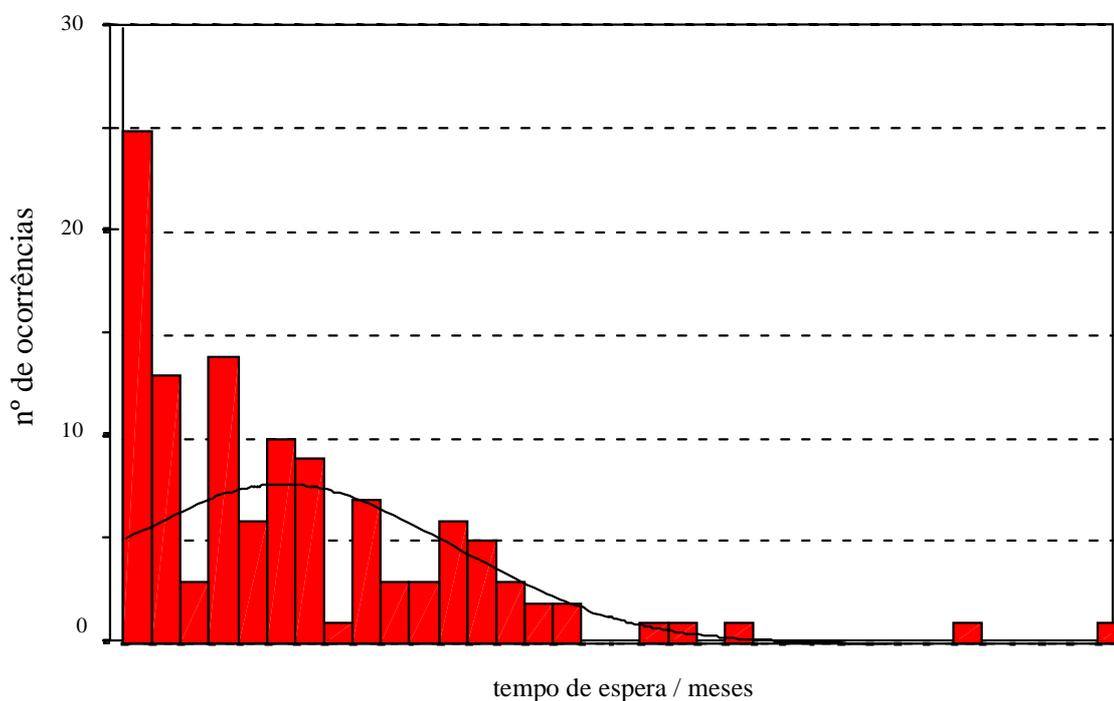
O intervalo de tempo de espera, considerado em meses para todo o período, obteve uma média de 6,6 meses, com desvio-padrão 6, mediana 5 meses, moda 1 mês, tempo mínimo de 1 mês (ou menos) e máximo de 36 meses, conforme Quadro 4 do Anexo D.

Tabela 11-A. Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, por mês.

Tempo de espera (mes)	Estatísticas			
	Ocorrências	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
1	25	21,0	21,4	21,4
2	13	10,9	11,1	32,5
3	3	2,5	2,6	35,0
4	14	11,8	12,0	47,0
5	6	5,0	5,1	52,1
6	10	8,4	8,5	60,7
7	9	7,6	7,7	68,4
8	1	,8	,9	69,2
9	7	5,9	6,0	75,2
10	3	2,5	2,6	77,8
11	3	2,5	2,6	80,3
12	6	5,0	5,1	85,5
13	5	4,2	4,3	89,7
14	3	2,5	2,6	92,3
15	2	1,7	1,7	94,0
16	2	1,7	1,7	95,7
19	1	,8	,9	96,6
20	1	,8	,9	97,4
22	1	,8	,9	98,3
30	1	,8	,9	99,1
36	1	,8	,9	100,0
Total	117	98,3	100,0	
não informado	2	1,7		
Total	119	100,0		

A dispersão das ocorrências do tempo de espera é acentuada, pois a média é igual ao desvio-padrão e apresenta uma variação nos intervalos de espera que vai desde um mês até 36 meses. Mesmo que a maior concentração das ocorrências seja em um mês, ela significa apenas 21% das ocorrências; 79% do restante da clientela espera muito mais do que um mês. Na Figura 7 pode-se visualizar mais claramente a dispersão das ocorrências dos intervalos de tempo de espera.

Figura 7. Histograma 2: Distribuição das ocorrências dos intervalos de tempo de espera, de um a 36 meses, para atendimento no SAI.



Como se pode observar, na Figura 7 há um pico na extremidade da curva (25 ocorrências), logo um declínio de 13 para 3 ocorrências no intervalo de três meses, e a seguir, há uma dispersão que estende os resultados ao longo de 21 intervalos diferentes de tempo de espera. Enfim, o tempo de espera é significativamente longo e irregular.

O tempo de estágio é de seis meses e, a cada semestre letivo, uma nova turma de estagiários inicia o atendimento da clientela triada. Ou seja, em média, de seis em seis meses os atendimentos são iniciados; contudo, nem sempre o semestre letivo coincide com o início de semestre do calendário, devido às mudanças que ocorrem no calendário escolar, conforme já mencionado. Dependendo do período em que a criança realiza a triagem e do período de início dos estágios, a clientela cadastrada no começo do semestre letivo poderá esperar por todo o semestre, se os estagiários já iniciaram os atendimentos. Por outro lado, a clientela que realiza triagem durante o semestre letivo poderá esperar menos tempo. Esses fatores também são dependentes do número de estagiários no SAI, que varia de

acordo com o ano, conforme pode ser visualizado nos dados apresentados no Quadro 1 (Figura 2), e também a cada semestre acadêmico.

Além disso, as férias coletivas durante esse período aconteceram no início do ano, independente das alterações no calendário acadêmico. Algumas vezes, a soma do intervalo de tempo de férias dos estágios e as férias coletivas do SAPSI, que sempre ocorrem no mês de janeiro, não coincidindo muitas vezes com o período das férias escolares, podem ser acumuladas ao intervalo do tempo de espera.

Após o intervalo de tempo de espera, a clientela é chamada para iniciar atendimento psicológico, e 44,5% desistem. Na Tabela 12, verificam-se as ocorrências para os diferentes motivos de desistência.

Tabela 12. Distribuição percentual das ocorrências dos motivos das desistências por categorias, para N = 53

MOTIVOS DA DESISTÊNCIA	Ocorrências	Percentual	Percentual válido
1. Resolveu o problema	4	3,4	7,5
2. Está sendo atendido em outro local	12	10,1	22,6
3. Mudou de cidade/residência	1	,8	1,9
4. não quer/acha que não precisa mais	4	3,4	7,5
5. Problema de horário	2	1,7	3,8
6. Não localizado	13	10,9	24,5
7. Não informa	14	11,8	26,4
9. Outros	3	2,5	5,7
Subtotal	53	44,5	100,0
Total	119	100,0	

Do total de clientes (N = 119) que se cadastraram para atendimento no SAI, 53 crianças desistiram do atendimento antes de iniciá-lo. Destes, 26,4% “não informam” o motivo, 24,5% “não são localizados” e 22,6% “estão sendo atendidos em outro local”.

Essas são as três categorias de maior concentração das ocorrências e representam aproximadamente 32,8% do total de clientes que procuraram o SAI do SAPSI para atendimento psicológico no período.

Sobre a categoria “não localizado”, algumas hipóteses são formuladas a partir de fatos observados e constatados nos documentos analisados. As fichas de inscrição foram preenchidas na maioria das vezes pelo próprio solicitante. Essa situação trouxe alguns problemas na identificação do endereço para contato, como, por exemplo, preenchimento incorreto e dados ilegíveis. Além disso, em decorrência do longo tempo entre a triagem e o início do atendimento, é provável que tenha havido mudança de endereço, e por esse motivo o cliente não foi localizado no endereço informado na ficha de inscrição. A categoria “mudança de cidade/residência”, que apresentou apenas 1,9% das ocorrências, refere-se àqueles clientes que foram localizados, porém mudaram de residência local ou foram para outra cidade. A categoria “não informam” também se refere a clientes que foram localizados, porém não compareceram ao serviço quando foram chamados para atendimento, não justificando a desistência.

Outros motivos como “já resolveu o problema ou queixa” e “não quer ou acha que não precisa mais” obtiveram ambos 3,4%, somando 6,8% do total das ocorrências, índices esses pouco significativos. No entanto, podem ser motivos razoáveis de serem considerados quando se sabe que o tempo de espera foi longo, e é bem provável que o desinteresse pelo atendimento aumente, o que não significa necessariamente que o problema seja resolvido ou que o cliente não precise de atendimento. Esses motivos “parecem bastante vagos e soam mais como desculpas”, como já foi assinalado por Oliveira (1999, p. 127), ou pelo menos significam o não-esclarecimento dos reais motivos da desistência.

No sentido de se averiguar a relação do tempo de espera com as desistências, apresentam-se nas tabelas 13 e 13-A os resultados obtidos através do cruzamento dos motivos das desistências com os intervalos de tempo de espera.

Tabela 13. Distribuição das medidas estatísticas do intervalo de tempo de espera (meses), em relação aos motivos da desistência do atendimento no SAI.

Motivos da desistência	Tempo de espera(meses)			
	Minímo	Máximo	Média	Desv.Pad.
1. Resolveu o problema	2	14	7,3	5,4
2. Está sendo atendido em outro local	2	14	6,3	4,0
3. Mudou de cidade/residência	7	7	7,0	*
4. Não quer/acha que não precisa mais	1	15	8,0	6,6
5. Problemas de horário	1	12	6,5	7,8
6. Não localizado	4	16	9,5	3,9
7. Não informa	2	12	6,5	3,7
9. Outros	1	6	3,7	2,5
Total	1	36	6,6	6,0

O máximo de intervalo do tempo de espera da clientela que desistiu do atendimento é de 16 meses, e o mínimo é de um mês. Contudo, a média de meses de intervalo de tempo de espera para cada categoria das desistências varia de 3,7 a 9,5 meses de espera. Considerando-se o desvio-padrão total de 6, as médias de tempo de espera são altas, conforme a Tabela 13. A média do intervalo do tempo de espera da clientela que desiste do atendimento é 6,6 meses.

As médias mais altas (acima de 6 meses) são encontradas nas ocorrências da clientela que desistiu porque não foi localizada – “não localizado” (μ 9,5 meses), “não quer ou acha que não precisa” (μ 8 meses), “resolveu o problema” (μ 7,3 meses) e “mudou de residência ou cidade” (μ 7 meses).

Tabela 13-A. Distribuição percentual das ocorrências do número de meses do intervalo de tempo de espera, em relação aos motivos da desistência do atendimento

MOTIVO DA DESISTÊNCIA		TEMPO DE ESPERA															Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	16	
1. Resolveu o problema	ocorrências		1		1					1				1			4
	% Total		2,0%		2,0%					2,0%				2,0%			7,8%
2. Está sendo atendido em outro local	ocorrências		3	1	1		2	1		2			1	1			12
	% Total		5,9%	2,0%	2,0%		3,9%	2,0%		3,9%			2,0%	2,0%			23,5%
3. Mudou de cidade/residência	ocorrências							1									1
	% Total							2,0%									2,0%
4. não quer/acha que não precisa	ocorrências	1			1								1		1		4
	% Total	2,0%			2,0%								2,0%		2,0%		7,8%
5. Problema de horário	ocorrências	1											1				2
	% Total	2,0%											2,0%				3,9%
6. Não localizado	ocorrências				1		2	2	1	1	1		1	1	1	1	12
	% Total				2,0%		3,9%	3,9%	2,0%	2,0%	2,0%		2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	23,5%
7. Não informado	ocorrências		3	1		2	1	1		2		2	1				13
	% Total		5,9%	2,0%		3,9%	2,0%	2,0%		3,9%		3,9%	2,0%				25,5%
9. Outros	ocorrências	1			1		1										3
	% Total	2,0%			2,0%		2,0%										5,9%
Total	ocorrências	3	7	2	5	2	6	5	1	6	1	2	5	3	2	1	51
	% Total	5,9%	14%	3,9%	9,8%	3,9%	12%	9,8%	2,0%	12%	2,0%	3,9%	9,8%	5,9%	3,9%	2,0%	100,0%

As maiores concentrações do intervalo de tempo de espera das desistências são evidenciadas no intervalo de dois meses (14%), seis meses (12%) e nove meses (12%). Observando-se a distribuição dos percentuais de cada motivo de desistência para cada intervalo de tempo de espera, na Tabela 13-A, verifica-se pouca relação que torne significativa a interferência do tempo de espera para o motivo da desistência. As ocorrências são dispersas ao longo dos intervalos de tempo, e são distribuídas de modo pouco concentrado.

Mesmo assim, os dados apresentados nas Tabelas 13 e 13-A mostram evidências de que o tempo de espera pode interferir nos motivos que o cliente alega para desistir do atendimento, porém nem sempre a diminuição do tempo de espera significa a não-desistência por parte do cliente, pois, conforme pôde ser visualizado, a maior concentração, apesar de ser pequena (14%), ocorre justamente no intervalo de dois meses. Por outro lado, mesmo sendo um dos menores intervalos de tempo, é um longo tempo de espera para se iniciar um atendimento psicológico.

A maior concentração das ocorrências nas modalidades de atendimento da clientela infantil (N = 66) está registrada na Tabela 14. As modalidades de maior ocorrências foram: “Psicodiagnóstico” (30,3%) e “Psicodiagnóstico e psicoterapia breve” (28,8%) e representam 59,1% do total.

Tabela 14: Distribuição percentual das ocorrências da clientela infantil nas diferentes modalidades de atendimento no SAI

modalidade de atendimento	ocorrências	Percentual	Percentual válido
1. psicodiagnóstico	20	16,8	30,3
2. terapia familiar	9	7,6	13,6
3. psicoterapia breve	3	2,5	4,5
4. psicodiagnóstico e psicoterapia breve	19	16,0	28,8
5. psicodiagnóstico e terapia familiar	2	1,7	3,0
6. reeducação psicomotora	1	,8	1,5
7. entrevista de orientação com os pais	2	1,7	3,0
8. outros não especificados	3	2,5	4,5
9. aguarda atendimento	7	5,9	10,6
TOTAL	66	55,5	100,0

Na modalidade “terapia familiar” encontram-se 13,6% de ocorrências, e na categoria “aguarda atendimento” o percentual válido é de 10,6% (durante o período da coleta de dados) das ocorrências da clientela infantil. Nas outras modalidades de atendimento, as ocorrências foram inferiores a 5%.

As modalidades “reeducação psicomotora” (1,5%) e “outros não especificados” (4,5%) referem-se a modalidades de atendimento que foram oferecidas em períodos determinados, respectivamente em 1998 e em 1997/98, fator que pode ter interferido no baixo índice das ocorrências nessas modalidades. A “psicoterapia breve” isolada, não precedida pelo psicodiagnóstico (4,5%) é uma modalidade que ocorre eventualmente, pois esse atendimento é realizado pela única psicóloga do SAPSI, e não por estagiários e na verdade se refere a psicoterapia individual de longa duração, conforme o capítulo do Método já especificou.

Com relação à modalidade “psicodiagnóstico e terapia familiar” (3%), esta decorre da avaliação psicológica realizada no “psicodiagnóstico” (modalidade 1) que a encaminha para a “terapia familiar” (modalidade 2). Geralmente, na triagem é detectada a indicação para “terapia familiar”. Nesses casos, o cliente inicia o atendimento diretamente na modalidade “terapia familiar” e não realizam, portanto, “psicodiagnóstico”.

Contudo, o alcance da avaliação inicial na triagem é limitado e, às vezes, a indicação da modalidade de atendimento mais adequada para o caso só é confirmada ao final do “psicodiagnóstico”.

A “entrevista de orientação com os pais” (3%), que pode se constituir de uma, duas ou três entrevistas, é realizada logo após a triagem, quando se entende que não havia necessidade de espera pelo atendimento. Essas entrevistas caracterizam-se como intervenções breves que eventualmente são solicitadas e/ou indicadas a partir da triagem, sendo sempre realizadas pela psicóloga.

Na Tabela 14-A são apresentados os resultados dos cruzamentos dos intervalos de tempo de espera, mês a mês, com as modalidades de atendimento. Verifica-se que, das ocorrências dos clientes que iniciaram atendimento (N = 66), 33% esperaram no máximo um mês. As maiores concentrações nesse intervalo de tempo são verificadas nas modalidades de “psicodiagnóstico” (7,6%), “terapia familiar” (7,6) e “psicodiagnóstico e psicoterapia breve” (7,6%). À medida que aumenta o número de meses de espera, diminuem significativamente as ocorrências a partir de cinco meses, pois se verificam concentrações ainda significativas (superiores a 10%) nos intervalos de quatro meses (13,6%) de tempo de espera.

Tabela 14-A: Distribuição percentual das ocorrências dos intervalos de tempo de espera (mês) em relação a cada modalidade de atendimento no SAI

MODALIDADE DE ATENDIMENTO		TEMPO DE ESPERA																	Total	
		1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	16	19	20	22	30		36
Psicodiagnóstico	ocorrências	5	4		4	1	1	2	1				2							20
	% Total	7,6%	6,1%		6,1%	1,5%	1,5%	3,0%	1,5%				3,0%							30,3%
Terapia familiar	ocorrências	5			1						1		1	1					9	
	% Total	7,6%			1,5%						1,5%		1,5%	1,5%					13,6%	
Psicoterapia breve	ocorrências	3																	3	
	% Total	4,5%																	4,5%	
Psicodiat. e psicot. breve	ocorrências	5	2	1	3	3	2	1		1			1						19	
	% Total	7,6%	3,0%	1,5%	4,5%	4,5%	3,0%	1,5%		1,5%			1,5%						28,8%	
Psicodiat. e terapia familiar	ocorrências	1											1						2	
	% Total	1,5%											1,5%						3,0%	
Reeducação psicomotora	ocorrências											1							1	
	% Total											1,5%							1,5%	
Entrevista orient. dos pais	ocorrências	2																	2	
	% Total	3,0%																	3,0%	
outros não especificados	ocorrências	1						1		1									3	
	% Total	1,5%						1,5%		1,5%									4,5%	
aguarda atendimento	ocorrências				1		1							1	1	1	1	1	7	
	% Total				1,5%		1,5%							1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	10,6%	
Total	ocorrências	22	6	1	9	4	4	4	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	66	
	% Total	33%	9%	2%	13,6%	6%	6%	6%	2%	3%	2%	2%	8%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	100,0%

Nos intervalos acima de um mês, observa-se uma dispersão das ocorrências nos diferentes intervalos de tempo de espera para qualquer uma das modalidades, verificando-se pouca regularidade na relação dessas duas variáveis (Tabela 14-A). Isso significa que não há relação direta de dependência entre o tempo de espera e o tipo de modalidade de atendimento, pelo menos de modo significativo. A média do intervalo de tempo de espera da clientela que inicia atendimento é 4,5.

No entanto, considerando-se que a maior concentração das ocorrências daqueles que iniciam atendimento é registrada no intervalo de um mês (33%), e considerando-se também a concentração das ocorrências dos intervalos de tempo de espera das desistências (14%, dois meses; 12%, seis meses; 12%, nove meses, conforme dados da Tabela 13-A), pode-se afirmar que há uma tendência da clientela infantil a desistir do atendimento quando o tempo de espera para realizá-lo ultrapassa um mês.

Para um exame mais consistente desses resultados, foram calculadas medidas estatísticas dos intervalos de tempo de espera para cada uma das modalidades de atendimento que estão relacionadas na Tabela 14-B. O tempo de espera daqueles que iniciaram atendimento varia de um a 13 meses para a maioria das modalidades de atendimento. No entanto, na “terapia familiar” o tempo de espera chega a 16 meses. As médias variam desde um até 12 meses de tempo de espera e, para a clientela que “aguarda atendimento”, a média é de 19,6 meses. Nas modalidades de maior ocorrência, as médias são: 4,5 meses no “psicodiagnóstico”, 5,4 meses na “terapia familiar” e média de 4,3 meses de tempo de espera na modalidade “psicodiagnóstico e psicoterapia breve”.

Tabela 14-B. Distribuição das medidas estatísticas do tempo de espera, de atendimento e da quantidade de atendimentos em relação a cada modalidade de atendimento.

MODALIDADES DE ATENDIMENTO	MEDIDAS ESTATISTICAS	Médias	Desv.Pad.	Máximo	Mínimo
1. Psicodiagnóstico	Tempo de espera (meses)	4,5	3,7	13	1
	tempo de atendimento(meses)	2,7	2,4	11	1
	Quantidade de atendimento (sessões)	7,3	3,4	16	3
2. Terapia familiar	Tempo de espera (meses)	5,4	6,1	16	1
	tempo de atendimento(meses)	4,8	4,1	13	1
	Quantidade de atendimento (sessões)	8,3	6,9	24	3
3. Psicoterapia breve	Tempo de espera (meses)	1,0	0,0	1	1
	tempo de atendimento(meses)	22,7	9,3	29	12
	Quantidade de atendimento (sessões)	58,0	28,8	89	32
4. Psicodiagnóstico e Psicoterapia breve	Tempo de espera (meses)	4,3	3,2	13	1
	tempo de atendimento(meses)	6,3	3,8	13	1
	Quantidade de atendimento (sessões)	19,9	11,2	41	7
5. Psicodiagnóstico e Terapia familiar	Tempo de espera (meses)	7,0	8,5	13	1
	tempo de atendimento(meses)	4,5	3,5	7	2
	Quantidade de atendimento (sessões)	12,5	13,4	22	3
6. Reeducação psicomotora	Tempo de espera (meses)	12,0	*	12	12
	tempo de atendimento(meses)	10,0	*	10	10
	Quantidade de atendimento (sessões)	45,0	*	45	45
7. Orientação aos pais	Tempo de espera (meses)	1,0	0,0	1	1
	tempo de atendimento(meses)	1,0	0,0	1	1
	Quantidade de atendimento (sessões)	1,0	0,0	1	1
8. Outros	Tempo de espera (meses)	6,0	4,6	10	1
	tempo de atendimento(meses)	9,5	4,9	13	6
	Quantidade de atendimento (sessões)	16,5	13,4	26	7
9. Aguarda atendimento	Tempo de espera (meses)	19,6	11,6	36	4
Total Tempo de espera (meses)		6,6	6,0	36	1
Total tempo de atendimento(meses)		5,6	5,7	29	1
Total Quantidade de atendimento (sessões)		15,2	15,7	89	1

*sómente uma ocorrência, portanto não há Desv.Pad.

Contudo, a concentração de ocorrências das desistências nos intervalos de tempo de espera (Tabela 13-A) acima de dois meses é variada, tanto quanto nas modalidades de atendimento da clientela que iniciou atendimento (Tabela 14). Porém, isso não significa que a clientela desista do atendimento mesmo que o tempo de espera seja superior a dois meses. O intervalo de tempo de espera é um dos fatores que podem interferir na permanência ou desistência do atendimento, mas não é o fator determinante.

Na Tabela 15, pode-se verificar as ocorrências em relação ao tempo de atendimento. Foi considerado o tempo (meses) em que o cliente permaneceu em atendimento no serviço, desde a primeira consulta depois da triagem até o término ou interrupção do atendimento.

Tabela 15. Distribuição percentual das ocorrências do tempo de atendimento (mês) por número de meses, no SAI.

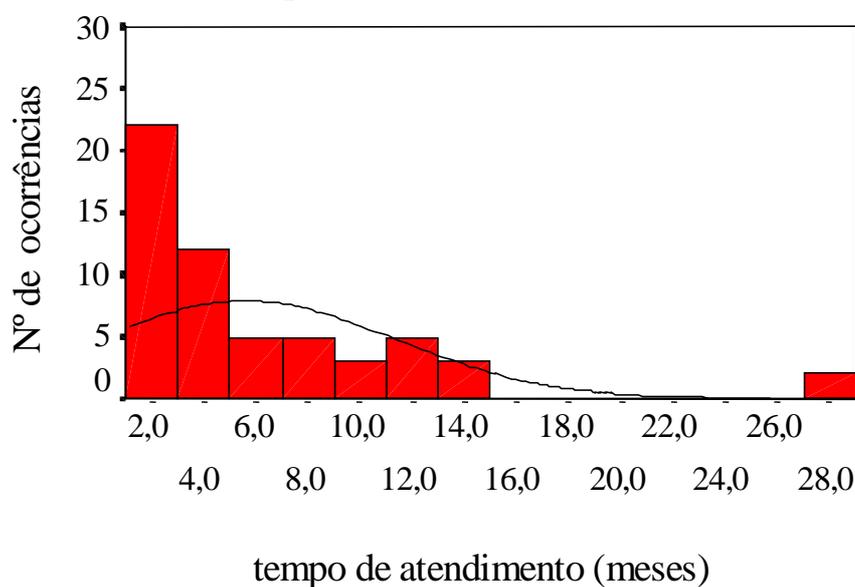
TEMPO DE ATENDIMENTO	Ocorrências	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
1	11	9,2	19,3	19,3
2	11	9,2	19,3	38,6
3	7	5,9	12,3	50,9
4	5	4,2	8,8	59,6
5	3	2,5	5,3	64,9
6	2	1,7	3,5	68,4
7	3	2,5	5,3	73,7
8	2	1,7	3,5	77,2
9	2	1,7	3,5	80,7
10	1	,8	1,8	82,5
11	2	1,7	3,5	86,0
12	3	2,5	5,3	91,2
13	3	2,5	5,3	96,5
27	1	,8	1,8	98,2
29	1	,8	1,8	100,0
Total	57	47,9	100,0	
Total	119	100,0		

Verifica-se que 50,9% da clientela (N = 57) permaneceu em atendimento por um período de um a três meses; o restante teve um tempo de atendimento que variou desde quatro até 29 meses, no máximo. A média encontrada foi de 5,6 meses, o desvio-padrão foi de 5,74 e a moda foi de dois meses, conforme o Quadro 4 do Anexo E.

O conjunto desses dados mostra uma dispersão, pois o desvio-padrão é quase o mesmo valor da média, e a média de 5,6 está distante do tempo de atendimento de maior ocorrência (moda), que foi de dois meses. Por outro lado, há uma variedade no número de

meses de atendimento, visto que se observam 15 intervalos de tempo diferentes. Na Figura 8, no Histograma 3, pode-se visualizar mais claramente a dispersão dessas ocorrências, em que se verifica um pico na extremidade da curva, nos intervalos de um a três meses de atendimento, e um alargamento na extensão da distribuição, a partir do intervalo de quatro meses.

Figura 8. Histograma 3: Distribuição das ocorrências dos intervalos de tempo de atendimento (mês) no SAI.



A maior concentração das ocorrências do tempo de atendimento é verificada no intervalo de dois a quatro meses, e o número de atendimentos realizados concentra-se mais no intervalo de uma a dez sessões, conforme a Tabela 16, apresentada na seqüência. Essa é uma tendência observada nos anos de 1997, 1999 e 2000. No entanto, em 1998, ano de menor ocorrência de atendimentos realizados (6), a concentração do número de atendimentos foi entre 21 até “acima de 30” sessões.

Tabela 16. Distribuição das ocorrências da quantidade de atendimentos realizados (sessão) para cada cliente, por categoria, de 1997 a 2000 .

QUANTIDADE DE ATENDIMENTOS					
categorias (sessão)	1997	1998	1999	2000	Total
1 a 6	3	0	4	9	16
7 a 10	4	1	6	5	16
11 a 16	1	1	3	3	8
17 a 20	2	0	0	1	3
21 a 30	0	2	1	2	5
Acima de 30	2	2	0	4	8
Não informa	2	0	0	1	3
TOTAL	14	6	14	25	59

A média do número de atendimentos é de 15,2 sessões; o desvio-padrão de 15,7; a moda é de 7 sessões e a mediana 9,5; sendo que o mínimo é uma e no máximo 89 sessões de atendimento (conforme Quadro 4 do Anexo E). Mesmo com uma dispersão acentuada, há uma tendência do atendimento realizar-se com regularidade quanto a sistemática da frequência de sessões por semana ou por mês.

Para examinar a relação do número de atendimento com o intervalo de tempo de atendimento, realizou-se o cruzamento destas duas variáveis. Na Tabela 16-A verificam-se os resultados deste cruzamento.

Há uma correlação positiva significativa entre o número de sessões de atendimento e os intervalos de tempo de atendimento, pois se verificou coeficiente de correlação de *Pearson* = 0,798 (conforme Tabela 16-A).

Na Tabela 17 pode-se observar os resultados do cruzamento dos intervalos de tempo de atendimento com cada uma das modalidades de atendimento. O “psicodiagnóstico” tem maior concentração das ocorrências no intervalo de dois meses (16%) de atendimento e um mês (8,8%), a “terapia familiar” no intervalo de um mês (5,3%), seguido de quatro meses (3,5%) e oito meses (3,5%). No “psicodiagnóstico e psicoterapia breve” concentram-se

parcialmente em três (5,3%) e cinco meses (5,3%) de tempo de atendimento, as ocorrências se dispersam entre os intervalos de quatro meses (3,5%); nove meses (3,5%) e 12 meses (3,5%).

O intervalo de tempo de atendimento apresenta uma dispersão em quase todas as modalidades (conforme Tabela 14-B); já as médias e desvio-padrão são similares. Nas modalidades de maior ocorrência, o “psicodiagnóstico e psicoterapia breve” apresenta a média de 6,3 meses de atendimento e desvio-padrão de 3,8; no entanto, “psicodiagnóstico” apresenta média de 2,7 meses e desvio-padrão de 2,4, e a “terapia familiar”, média de 4,8 meses e desvio-padrão de 4,1.

Tabela 16-A. Distribuição das ocorrências do número de sessões para cada intervalo do tempo de atendimento (mês), de cada cliente, no SAI.

tempo de atendimento	número de sessões																												Total		
	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	16	17	18	20	22	23	24	26	30	31	32	38	39	41	45	53		89	
1	2	5	1		1	2																									11
2		1	1	2	1	1	1	3	1																						11
3					1	1	1		2			1																			6
4			1					1		1		1		1																	5
5									1							1	1														3
6							1											1													2
7							1						1				1														3
8											1								1												2
9																								1	1						2
10																															1
11													1														1				2
12													1									1						1			3
13											1									1			1								3
27																														1	1
29																								1							1
Total	2	6	3	2	3	6	3	3	4	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	56	

Tabela 17. Distribuição percentual das ocorrências do intervalo de tempo de atendimento em relação a cada modalidade de atendimento da clientela do SAI.

modalidade de atendimento		tempo de atendimento															Total	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	27	29		
Psicodiag.	ocorrências	5	9	3	1			1				1						20
	% Total	8,8%	16%	5,3%	1,8%			1,8%				1,8%						35,1%
terapia familiar	ocorrências	3		1	2				2					1				9
	% Total	5,3%		1,8%	3,5%				3,5%					1,8%				15,8%
psicoterapia breve	ocorrências												1		1	1		3
	% Total												1,8%		1,8%	1,8%		5,3%
psicodiag. e psicot. breve	ocorrências	1	1	3	2	3	1	1		2		1	2	1				18
	% Total	1,8%	1,8%	5,3%	3,5%	5,3%	1,8%	1,8%		3,5%		1,8%	3,5%	1,8%				31,6%
psicodiag. e terapia familiar	ocorrências		1					1										2
	% Total		1,8%					1,8%										3,5%
reeducação psicomotora	ocorrências											1						1
	% Total											1,8%						1,8%
entrevista de orient. pais	ocorrências	2																2
	% Total	3,5%																3,5%
outros não especificados	ocorrências						1							1				2
	% Total						1,8%							1,8%				3,5%
Total	ocorrências	11	11	7	5	3	2	3	2	2	1	2	3	3	1	1		57
	% Total	19%	19%	12%	8,8%	5,3%	3,5%	5,3%	3,5%	3,5%	1,8%	3,5%	5,3%	5,3%	1,8%	1,8%		100,0%

O tempo de atendimento também varia em decorrência do tipo de encerramento. As interrupções representam uma concentração de 40,7% dos tipos de encerramento, os encaminhamentos, 20,4%, e o encerramento por conclusão do processo terapêutico representa 30,5%. Esses resultados podem ser observados mais detalhadamente na Tabela 18. A maior concentração das ocorrências dos tipos de encerramento é por interrupção no início do atendimento (20,3%), por conclusão da psicoterapia breve (16,9%), por encaminhamento por término do estágio (11,9%) e por conclusão do psicodiagnóstico 10,2%, conforme verificado na Tabela a seguir.

Tabela 18. Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de encerramento do atendimento no SAI.

TIPO DE ENCERRAMENTO	ocorrência		Percentual válido	Percentual acumulado
		Percentual		
1. Interrupção início do psicodiagnóstico	5	4,2	8,5	8,5
2. Interrupção durante psicodiagnóstico	3	2,5	5,1	13,6
3. Interrupção início do atendimento	12	10,1	20,3	33,9
4. interrupção durante terapia familiar	4	3,4	6,8	40,7
5. Encaminhamento após triagem	2	1,7	3,4	44,1
6. Encaminhamento após psicodiagnóstico	3	2,5	5,1	49,2
7. Encaminhamento por término estágio	7	5,9	11,9	61,0
8. Conclusão psicodiagnóstico	6	5,0	10,2	71,2
9. Conclusão Terapia familiar	2	1,7	3,4	74,6
10. Conclusão psicoterapia breve	10	8,4	16,9	91,5
11. Está em atendimento	5	4,2	8,5	100,0
Total	59	49,6	100,0	
Total	119	100,0		

Quando o encerramento se dá por interrupção, mais frequentemente ocorre no início do atendimento (20,3%), logo após o psicodiagnóstico. Quando o processo terapêutico é concluído, o encerramento ocorre com mais frequência ao final da psicoterapia breve (16,9%), posteriormente ao psicodiagnóstico. Dos encaminhamentos, o mais freqüente é aquele por término do estágio.

As médias do tempo de atendimento são menores naqueles atendimentos que foram encerrados por interrupção (μ : 1,7 a 5,5 meses) do que naqueles em que o encerramento se deu por conclusão do processo terapêutico (μ : 4 a 12 meses), conforme resultados da Tabela 18-A. O tempo de atendimento nas modalidades que tiveram o encerramento por término do estágio é de 4,6 meses em média, com desvio-padrão de 3,3, variando de 1 a 10 meses, o que coincide com o tempo de estágio no SAPSI, que varia de 6 a 10 meses.

O tempo regular do estágio é de 6 meses; contudo, é comum o estágio permanecer por um intervalo de tempo maior, para que se possa dar continuidade a um processo terapêutico iniciado ou se concluir o atendimento, mesmo que se tenha que permanecer por um tempo além do regulamentado para o estágio curricular. O processo terapêutico necessariamente não é concluído, exigindo-se obrigatoriamente um encaminhamento.

Não foi possível estabelecer uma relação significativa entre as medidas estatísticas do intervalo de tempo de espera com o tipo de encerramento; há uma variação significativa nas médias do intervalo de tempo de espera para cada categoria do tipo de encerramento, conforme apresentado nos resultados na Tabela 18-A.

A quantidade de atendimentos apresenta uma média e um desvio-padrão para cada tipo de encerramento, proporcionais às medidas estatísticas do intervalo de tempo de atendimento (Tabela 18-A), pois há uma correlação significativa entre essas variáveis (coeficiente $P = 0,790$).

Tabela 18-A. Distribuição das medidas estatísticas dos intervalos de tempo de espera, de atendimento e da quantidade de atendimento em relação ao tipo de encerramento do atendimento no SAI.

Tipos de encerramento	Medidas estatísticas	Média Desv.Pad. MáximoMínimo			
		Média	Desv.Pad.	Máximo	Mínimo
1. Interrupção início do Psicodiagnóstico	Tempo de espera(meses)	4,6	2,5	7	1
	Tempo de atendimento(meses)	2,6	2,5	7	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	4,4	1,7	7	3
2. Interrupção durante Psicodiagnóstico	Tempo de espera(meses)	3,7	1,5	5	2
	Tempo de atendimento(meses)	1,7	1,2	3	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	5,0	2,6	8	3
3. Interrupção início Atendimento	Tempo de espera(meses)	4,5	4,1	13	1
	Tempo de atendimento(meses)	3,4	2,3	9	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	10,9	10,4	39	3
4. Interrupção durante o atendimento	Tempo de espera(meses)	2,0	2,0	5	1
	Tempo de atendimento(meses)	5,5	5,2	13	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	11,3	10,0	26	4
5. Encaminhamento após triagem	Tempo de espera(meses)	1,0	0,0	1	1
	Tempo de atendimento(meses)	1,0	0,0	1	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	1,0	0,0	1	1
6. Encaminhamento após Psicodiagnóstico	Tempo de espera(meses)	5,0	6,9	13	1
	Tempo de atendimento(meses)	2,0	0,0	2	2
	Quantidade de atendimentos(sessões)	8,0	1,7	9	6
7. Encaminhamento término do estágio	Tempo de espera(meses)	7,7	4,5	13	2
	Tempo de atendimento(meses)	4,6	3,3	10	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	16,6	13,8	45	6
8. Conclusão do Psicodiagnóstico	Tempo de espera(meses)	4,2	4,5	13	1
	Tempo de atendimento(meses)	4,0	3,6	11	1
	Quantidade de atendimentos(sessões)	10,2	4,4	16	7
9. Conclusão da Terapia familiar	Tempo de espera(meses)	1,0	0,0	1	1
	Tempo de atendimento(meses)	10,5	3,5	13	8
	Quantidade de atendimentos(sessões)	18,0	8,5	24	12
10. Conclusão Psicoterapia breve	Tempo de espera(meses)	2,4	2,0	6	1
	Tempo de atendimento(meses)	12,7	8,7	29	3
	Quantidade de atendimentos(sessões)	37,1	21,3	89	14
11. Está em atendimento	Tempo de espera(meses)	10,0	4,7	16	4
	Tempo de atendimento(meses)	7,5	3,7	12	3
	Quantidade de atendimentos(sessões)	12,5	4,7	16	6
Total Tempo de espera(meses)		6,6	6,0	36	1
Total Tempo de atendimento(meses)		5,6	5,7	29	1
Total Quantidade de atendimentos(sessões)		15,2	15,7	89	1

Tabela 18-B: Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de encerramento em relação as modalidades de atendimento no SAI.

tipo de encerramento		modalidade de atendimento								Total
		1. Psicodiagnóstico	2. terapia familiar	3. psicoterapia breve	4. psicodiag. e psicoterapia breve	5. psicodiag. e terapia familiar	6. reeducação psicomotora	7. entrevista de orientação com os pais	8. outros não especificados	
1. Interrupção início do psicodiagnóstico	ocorrências	5								5
	% Total	8,5%								8,5%
2. Interrupção durante psicodiagnóstico	ocorrências	2	1							3
	% Total	3,4%	1,7%							5,1%
3. Interrupção início do atendimento	ocorrências	1	2		7	1			1	12
	% Total	1,7%	3,4%		11,9%	1,7%			1,7%	20%
4. interrupção durante atendimento	ocorrências		2		1				1	4
	% Total		3,4%		1,7%				1,7%	6,8%
5. Encaminhamento após triagem	ocorrências						2			2
	% Total						3,4%			3,4%
6. Encaminhamento após psicodiagnóstico	ocorrências	3								3
	% Total	5,1%								5,1%
7. Encaminhamento por término estágio	ocorrências	3			1	1	1		1	7
	% Total	5,1%			1,7%	1,7%	1,7%		1,7%	12%
8. Conclusão psicodiag.	ocorrências	6								6
	% Total	10,2%								10%
9. Conclusão Terapia familiar	ocorrências		2							2
	% Total		3,4%							3,4%
10. Conclusão psicoterapia breve	ocorrências			3	7					10
	% Total			5,1%	11,9%					17%
11. Está em atendimento	ocorrências		2		3					5
	% Total		3,4%		5,1%					8,5%
Total	ocorrências	20	9	3	19	2	1	2	3	59
	% Total	33,9%	15,3%	5,1%	32,2%	3,4%	1,7%	3,4%	5,1%	****

Na Tabela 18-B, pode-se verificar os resultados do cruzamento dos tipos de encerramento para cada modalidade de atendimento.

Da clientela que inicia na modalidade “Psicodiagnóstico” – 33,9% do total das ocorrências dos atendimentos encerrados – 10,2% concluem o processo terapêutico, 13,6% interrompem o processo, e 10,2% são encaminhadas para atendimento. Na modalidade “Psicodiagnóstico” e “Psicoterapia breve”, do total de 32,2% das ocorrências, 13,6% da clientela interrompe o processo, 1,7% é encaminhada para atendimento, e 11,9% concluem o processo terapêutico. Na “Terapia familiar”, do total de 15,3% das ocorrências, 3,4% da clientela conclui o atendimento, e 8,5% interrompem-no.

De modo geral, pode-se afirmar que os atendimentos apresentam índices de ocorrência dos encerramentos de conclusão, interrupção e encaminhamento nas mesmas proporções, ou pelo menos com diferenças pouco significativas nas três modalidades de maior concentração das ocorrências (81,4%, conforme a Tabela 18-B). Ou seja, mesmo quando aparentemente o atendimento psicológico é efetivo, porque se concluiu um processo terapêutico, ele ocorre numa frequência relativa pouco significativa, pois é similar às concentrações das ocorrências de interrupções e encaminhamentos.

4 DISCUSSÃO

Caracterização da população infantil do SAPSI

A população que se cadastra para atendimento psicológico infantil no SAPSI é constituída de crianças procedentes da região metropolitana de Florianópolis, do sexo feminino e masculino, com predominância de meninos (56%) na faixa etária de 7 a 10 anos e escolaridade de 1^a a 4^a séries do Ensino Fundamental. Os pais, na faixa etária de 30 a 42 anos, e as mães, na faixa etária de 27 a 40 anos, têm um tipo de profissionalização (aproximado) fundamental a médio, e uma porcentagem significativa das mães (17% dos dados informados) não trabalha. A renda mensal familiar corresponde a uma média (aproximada) de 4,5 salários mínimos¹⁶.

As queixas mais freqüentes estão classificadas nos grupos¹⁷ dos distúrbios do comportamento explícito e não explícito e nos distúrbios específicos do desenvolvimento e das habilidades escolares. São elas: comportamento agressivo ou de brigas, comportamento agitado e mau desempenho escolar.

Os encaminhamentos ou a procura por atendimento psicológico originam-se da escola que a criança freqüenta, através da indicação ou encaminhamento dos professores, diretores, pedagogos ou psicólogos; e também se originam do encaminhamento de profissionais (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas ou fisioterapeutas) ou de instituições de saúde (outras clínicas, hospitais e postos de saúde).

Os resultado constatados são similares às características encontradas nas pesquisas brasileiras de clínica-escola (Ancona-Lopez, 1981; Silvares, 1996, 1998; Oliveira, 1999)

¹⁶ Salário mínimo regional em 2001: R\$ 180,00

¹⁷ Catálogo de queixas (Silvares, 1991) - Anexo D.

realizadas em diferentes regiões do Brasil: São Paulo-SP, Uberlândia-MG; Campinas-SP e Fortaleza-CE. Tanto naquelas pesquisas de caracterização da população infantil (Barbosa, 1992; Borges, 1996; Silvaes, 1998) quanto nas pesquisas de toda a população da clínica-escola (Ancona-Lopez, 1981; Sanches, 1985; Térzis & Carvalho, 1988; Santos, 1990; Santos & cols. 1993) a faixa etária dominante é de 6 a 11 anos (Silvaes, 1998) e as variáveis sexo, escolaridade, origem do encaminhamento bem como as queixas principais apresentam resultados similares.

Silvaes (1998) relata a predominância do sexo masculino na clientela infantil, num levantamento de 19 pesquisas em clínica-escola, realizadas nos anos 80 e 90. No SAI há uma predominância de meninos (56%), contudo, com uma diferença pouco significativa das meninas (46%), como também mencionam Bernardes-da-Rosa & cols. (2000).

Diversos fatores têm sido apontados e discutidos como hipóteses para explicar a maior incidência de meninos. Tais fatores geralmente são associados à escolarização, às queixas apresentadas e à faixa etária, que podem ser verificadas por ocasião da procura do atendimento, conforme constatado no SAI, no período de ingresso escolar de 1ª a 4ª séries (Tabela 2).

Entre os fatores considerados, salientam-se os seguintes: (a) uma maior necessidade por parte dos meninos em corresponder às expectativas familiares e sociais, pois o fracasso escolar seria um prenúncio de mau desempenho profissional e causaria insucesso nas possibilidades de ascensão sócio-econômica da família (Ancona-Lopez, 1981); (b) os principais tipos de problemas apresentados pelos meninos, como as queixas que são mais facilmente percebidas e que provocam maior incômodo familiar e escolar (Barbosa, 1992); (c) segundo Silvaes (1998, p. 44), “a maior ênfase no fracasso escolar masculino pela família não parece ser o único fator responsável pelo maior encaminhamento de meninos que meninas às clínicas psicológicas infantis. Em nosso estudo, a queixa de mau

desempenho escolar não diferenciou, do ponto de vista estatístico, o grupo masculino do feminino”; (d) segundo Oliveira (1999, p. 106), “é uma questão multicausal que inclui aspectos sociais”.

Essas hipóteses sobre uma maior concentração dos meninos em relação às meninas são relevantes, porém são necessários estudos específicos que possam evidenciar a rede de fatores socioculturais envolvidos que contribuam para a compreensão desse fenômeno.

Por outro lado, ao serem relacionados os tipos de queixas mais freqüentes, a escolaridade, a idade e a origem do encaminhamento, independente do sexo, encontra-se uma regularidade quanto aos resultados verificados nas pesquisas já citadas. Nesse sentido, pode-se pensar que é no período escolar inicial que se evidenciam dificuldades que já poderiam estar ocorrendo, embora não de forma manifesta. Além disso, a exigência do desempenho escolar, nos níveis intelectual e social, muitas vezes implica numa maior incidência na busca por algum tipo de ajuda psicológica, tanto pela demanda das exigências familiares quanto pelos conflitos gerados por essas exigências. As queixas de distúrbios no comportamento e de mau desempenho escolar apontam para problemas que afetam mais o rendimento do que para problemas na aprendizagem propriamente dita.

As idades de 7 e 10 anos (Figura 4) são as mais freqüentes e correspondem, respectivamente, à 1ª e à 4ª ou 5ª série do Ensino Fundamental, ou seja, momentos marcados por fases de transição críticas tanto do ponto de vista do desenvolvimento do ciclo da vida humana (Eizirik, Kapczinski & Bassols, 2001) quanto do ensino regular. Sob o enfoque do desenvolvimento emocional infantil, na perspectiva psicodinâmica, consideram-se essas duas idades correspondentes às idades típicas da “idade escolar: latência (6 a 12 anos)”.

Segundo Ferreira & Araújo (2001, p. 105-115), nessa fase:

“A competência é o sentimento principal (...). Esse período é marcado por grande sofrimento na criança que, por qualquer motivo, se vê comprometida na sua capacidade de aprender tanto formalmente, na escola, como informalmente, nos esportes, nas competências sociais e de independência.(...) O sentimento de competência aumenta se existe congruência entre as expectativas do grupo e as aptidões, os objetivos e os ideais da cultura dominante. (...) A ansiedade característica da fase é o medo de desapontar e não ser aceita pelo grupo. (...) A valorização que o grupo estabelece entre seus membros classifica-os como populares, médios, rejeitados, ignorados ou controversos, o que influencia muito a auto-estima”.

Essas características da fase da latência, aliadas às exigências sociais de competência, eficiência e sucesso, podem intensificar as angústias próprias do desenvolvimento, tanto quanto os sentimentos de impotência e incompetência dos pais em lidar com as frustrações da criança quando ela se defronta com as exigências que a realidade social lhe impõe.

Do ponto de vista do processo ensino–aprendizagem, a 1ª série caracteriza-se pelo momento de ingresso no ensino formal e pela consolidação da alfabetização. O processo de alfabetização significa o *passaporte* de inserção sociocultural do indivíduo, condição essa que pode se sobrepor como *carga psíquica*¹⁸ tanto aos pais como à própria criança em seu processo de desenvolvimento. Normalmente, a 5ª série caracteriza-se por um momento de mudanças na estrutura acadêmica, tais como o aumento na quantidade de professores e a inclusão de novas disciplinas. Essas mudanças exigem da criança uma outra forma de ver o ensino e de se relacionar com o professor e com o grupo de colegas. Ela necessita de mais independência e autonomia para se reorganizar, mas nem sempre as escolas oferecem

¹⁸ *Carga psíquica*: exigências afetivas e/ou relacionais vivenciadas como descompensadoras pelo sujeito.

condições de adaptação gradativa ao novo ciclo escolar que caracteriza o período de 5ª a 8ª séries.

Os problemas do sistema educacional e da política de educação no Brasil são questões mais complexas e mais abrangentes, e não se pretende aprofundar a discussão neste trabalho. No entanto, não se desconsidera a interferência importante que a questão educacional mais ampla e abrangente possa ter diretamente nos tipos de queixas das crianças nessa faixa etária no período escolar.

Todos esses fatores podem contribuir para mobilizar um desequilíbrio nas condições psíquicas da criança e que davam conta das exigências sociais que lhe eram impostas até então.

Segundo Santiago (1998, p. 12),

“O ‘fato novo’ que ocorre com o paciente é que ele não está conseguindo lidar sozinho com os problemas que o afetam, que suas tentativas nesse sentido foram infrutíferas. É este ‘fato novo’ que provoca uma mudança no equilíbrio psíquico anterior, mantido com certas crenças acerca de si mesmo ou do mundo. ‘Algo’ está em desacordo com elas e esse desacordo freqüentemente é acompanhado de sentimentos de dor e ansiedade (...) podemos considerar que ao buscar um profissional, o paciente está em uma situação de crise”.

No caso de crianças, essa “crise” pode se manifestar através dos problemas de comportamento e pode afetar o desempenho escolar. Além disso, é uma “crise” vivenciada pelos pais também, que se sentem necessitados de auxílio. As condições socioeconômicas pouco favoráveis dos pais não facilitam as suas funções de *cuidadores* da criança para os tipos de exigências sociais que essa fase escolar lhe impõe. As competências sociais familiares ficam comprometidas por fatores socioeconômicos.

A renda familiar e o tipo de profissionalização dos pais (médio, segundo as tabelas 7 e 4) apresentam uma concentração de dados não informados muito alta. No entanto, a tendência verificada indica similaridade com os resultados de outras pesquisas de clínica-escola (Silvares, 1998). Entretanto, as comparações são limitadas, pois os critérios de avaliação dessas variáveis em relação aos pais não são similares nas diferentes pesquisas, visto que nenhuma delas utilizou o critério da renda por salários mínimos. Já outras pesquisas, por exemplo, discutem a dificuldade para se utilizarem parâmetros de medidas dessa variável (Oliveira, 1999). Mesmo assim, nos relatos de Silvares (1998), em todas as pesquisas estudadas o nível socioeconômico dos pais da clientela infantil é baixo ou médio. Considerando-se que nas clínicas-escola os serviços oferecidos são gratuitos, esse local pode ser a possibilidade de se encontrar a ajuda necessária para os momentos de “crise psicossocial” pelos quais a família passa com a criança. No entanto, a procura espontânea é pouco verificada.

Nesse contexto, os professores e técnicos da escola e os profissionais de saúde são intermediários importantes para o encaminhamento na busca de ajuda por algum tipo de intervenção psicológica para os problemas e conflitos que surgem em momentos de “crise” na infância. Esses profissionais são aqueles em quem os pais se apoiam para buscar auxílio, ou aqueles que identificam os problemas e encaminham a criança para atendimento psicológico.

A relevância de estudos de caracterização das populações de clínica-escola está diretamente relacionada com a possibilidade de generalizações que o conhecimento produzido por estes estudos pode propiciar. Uma questão relevante que estas pesquisas podem fornecer é: As características da população infantil verificadas nas pesquisas de clínica-escola são similares às características da população infantil que busca atendimento em instituições de atendimento psicológico ou de saúde mental em geral?

No entanto, essa questão não pode ser respondida na sua amplitude com os dados que constam no SAI e que foram examinados para realização dessa pesquisa. Contudo, se em diferentes regiões do País os resultados sociodemográficos da população apresentam uma regularidade visível, poderia ser questionado também: Seriam essas características específicas da população que busca a clínica-escola ou seriam características da população em geral de serviços de saúde mental?

Encontram-se resultados de pesquisas da população de serviços públicos de saúde mental em Maringá-PR (Kikuchi & Rosa, 1999) e em São Paulo-SP (Arcaro, Dios & Silvaes, citados por Silvaes, 1998¹⁹ e Santos, 1990). Esses resultados são similares aos verificados pelas clínicas-escola.

Além disso, pesquisadores internacionais têm referido que a clínica-escola apresenta um potencial para produzir pesquisas que pode ser generalizado para os locais fora do campus universitário.

Segundo Neufeldt & Nelson (1998, p. 316),

“training clinics are usually housed within or adjacent to the graduate university programs where researchers regularly work. They offer services for free or to fee-paying clients who seek treatment or are referred to treatment by other agencies, and in this way they resemble community mental health facilities. As such, they offer potential to bridge the gap between the scientific and practice communities”²⁰.

¹⁹ Arcaro, N. T. (1991) Investigação de aspectos da clientela e sistemas de atendimento de um ambulatório de saúde mental. **Psicologia USP**. 2(1/2): p. 49-63. Dios, V. C. & Silvaes, E. F. M. (1993) Conhecer para que se possa atuar – caracterização da clientela infantil de um hospital-escola de São Paulo. **XXIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Ribeirão Preto. Programas e resumos, p. 170.

²⁰ “As clínicas-escola estão geralmente alojadas no interior ou nas adjacências de programas universitários de graduação onde pesquisadores trabalham regularmente. Elas oferecem serviços gratuitos ou sem cobrança para os clientes que procuram tratamento ou são indicados para tratamento por outras agências, e desse modo assemelham-se aos atendimentos de saúde mental da comunidade. Sendo assim, elas oferecem potencial para conectar o espaço vazio entre as comunidades científicas e as práticas nas comunidades”.

As clínicas-escola oferecem condições que facilitam pesquisas mais abrangentes sobre a população que busca atendimento psicológico. Essas pesquisas, em termos das necessidades e demandas da população, podem fornecer conhecimento e identificação das características daqueles que buscam atendimento psicológico em instituições, possibilitando a produção de conhecimento científico sobre as demandas sociais a quem os serviços de saúde mental se destinam.

O conhecimento produzido a partir da população a quem os serviços pretendem atender ou a partir de populações similares tem a vantagem de oferecer informações relevantes e contextualizadas na realidade social, para o estabelecimento de modelos de intervenções da prática clínica mais adequados às demandas sociais. A decorrência desse conhecimento seria informações que possibilitariam o estabelecimento de políticas públicas em saúde mental, com base em modelos resultantes de pesquisas nacionais de características de demandas sociais verificadas, examinadas e identificadas na realidade social em se aplicam

Enfim, a função social das clínicas-escola está também associada ao sentido de oferecer à comunidade científica a possibilidade de realização de pesquisas. Identifica-se aqui a tripla função da clínica-escola, além do oferecimento de base de dados para pesquisas: (1) o treinamento de estudantes de psicologia na prática clínica, (2) o atendimento psicológico à clientela e (3) a produção de conhecimento científico.

Caracterização dos atendimentos psicológicos infantis do SAPSI

A discussão dos resultados dos atendimentos refere-se à situação daquela clientela infantil (47,8%) que realizou triagem e preencheu ficha de inscrição, cadastrando-se na “lista de espera” para atendimento (Figura 1), considerando-se que, dos que procuram por atendimento, 42,2% são encaminhados e não preenchem a ficha. Portanto, o primeiro aspecto a ser examinado é que nada se conhece de uma parcela significativa da população infantil que procura atendimento, e o atendimento realizado para essa parcela da clientela é “encaminhamento externo”.

Algumas vezes, esse encaminhamento refere-se à identificação na triagem de necessidades as quais o SAPSI não possui serviços adequados para atender. Outras vezes, o encaminhamento externo ocorre porque o cliente não pode ou não quer esperar. Nesses casos, ou quando o cliente possui alguma condição sócio-econômica mais favorável, ele é encaminhado para ser atendido por profissionais cadastrados no SAPSI, os quais prestam serviços psicológicos por valores inferiores aos honorários profissionais do mercado.

A função do SAPSI nessa situação é servir de referência para a população na sua busca por ajuda psicológica. Essa população conta com a indicação fornecida pelo SAPSI, pois a Universidade é considerada, em princípio, um local de referência confiável. Contudo, nessa situação de encaminhamento, a função social do SAPSI limita-se ao papel de intermediário entre a busca de ajuda psicológica e o atendimento efetivo às demandas da população que a procura.

A triagem implantada no SAPSI em meados de 1996 pretendia diminuir a “fila de espera” e agilizar os encaminhamentos externos das demanda iniciais identificadas. Com isso, acreditava-se que diminuindo o tempo de espera, a evasão seria menor. De fato, a triagem diminuiu a “lista de espera”, tendo em vista que parte da clientela encaminhada

não pôde ser atendida, e outra parte foi orientada na busca por alternativas de atendimentos mais condizentes com as suas necessidades. Contudo, a diminuição do tamanho da “lista de espera” não implicou na diminuição nem na regularidade do intervalo de tempo de espera, que varia de um a 36 meses, numa média de 6 meses e desvio-padrão de 6 (quadro 4, Anexo E). Mesmo considerando-se a moda de um mês, o tempo médio de espera é muito longo para quem busca ajuda num momento de “crise”, e, principalmente, para a população infantil, que está em pleno processo de desenvolvimento.

Tendo em vista que a demanda por atendimento é superior à capacidade de ele ser efetivamente realizado (no SAI, a porcentagem de clientes aguardando atendimento é superior à de clientes em atendimento, conforme a Figura 3), restringir o cadastramento daqueles que inevitavelmente terão de esperar por um longo intervalo de tempo pelo menos não mobiliza expectativas nas populações que não serão atendidas.

A restrição da “lista de espera” tem sido recomendada pelas pesquisas de clínicas-escola como uma alternativa para a problemática nas altas demandas e para o extenso intervalo de tempo que a população costuma esperar para iniciar um atendimento psicológico. Segundo Oliveira (1999, p. 119), “embora isso não resolva o problema, pelo menos não cria expectativas falsas, e permite que o paciente, informado da situação, procure outras alternativas”. Por outro lado, Oliveira (1999, p. 125) acrescenta: “se os critérios de aceitação forem mais rigorosos, é provável que se obtenham melhores índices nos resultados do trabalho, porque seriam casos com melhores condições de se beneficiar de um atendimento breve realizado por alunos em formação”. Nesse sentido, critérios mais adequados às condições de atendimento dos serviços da clínica-escola podem se revestir numa alternativa que diminui a demanda de clientes que aguardam atendimento. Além disso, aumentam as possibilidades de diminuição dos índices de evasão da clínica-escola, os quais continuam altos.

A demanda elevada por atendimento psicológico, constatada nas clínicas-escola (Ancona-Lopes, 1981; Macedo, 1984; Barbosa, 1992; Silves, 1996;1998; Oliveira, 1999) é um problema complexo que a clínica-escola não tem como resolver, por ser algo bem maior e mais abrangente. É um problema com o qual ela se defronta, porém se trata de uma questão relacionada com a política do Estado (municipal, estadual e/ou federal) de atendimento em saúde pública em geral, e, mais especificamente, com a política de atendimento à saúde mental. A população de maneira geral encontra alternativas escassas de atendimento em saúde mental, principalmente a população infantil.

A clínica-escola cumpre o seu papel de oferecer uma alternativa de atendimento psicológico às populações menos favorecidas, o que não é suficiente para resolver os problemas de atendimento em saúde mental bem como aqueles detectados nos atendimentos na clínica-escola.

O fato de a clínica-escola oferecer uma alternativa de serviços psicológicos à população não significa que as necessidades da demanda que chegam até ela estão sendo atendidas. Segundo Barbosa (1992, p. 76), “as formas como vem desenvolvendo o seu atendimento mostram-se cada vez mais insuficientes para as necessidades psicológicas de sua clientela”. Mesmo naquelas clínicas-escola que passaram a desenvolver modelos de atendimento caracterizados como intervenções breves (Oliveira, 1999), as constatações sobre os resultados – quase 10 anos depois, também verificados pela presente pesquisa – revelam que as longas filas de espera e os altos índices de evasão são os mesmos.

No SAI as modalidades de atendimento (Tabela 14) de maior concentração foram o psicodiagnóstico e a psicoterapia breve (somam 59,1%), seguidos da terapia familiar (16,6%). No entanto, os índices de interrupção são superiores aos índices de conclusão do processo terapêutico nas modalidades de atendimento do SAI (Tabela 18-B), e as

interrupções (Tabela 18) ocorrem numa frequência significativa (20,3%) no início dos atendimentos.

Além disso, os índices de desistências antes do início do atendimento propriamente dito, independente do tempo de espera, representam 45% do total de clientes que se cadastram para iniciar atendimento (Figura 3). As desistências frequentemente não são esclarecidas (26,4%), visto que muitas vezes o cliente nem chega a ser localizado (24,5%); outras vezes, o cliente desiste porque alega já estar sendo atendido em outro local (22,6%).

Esses resultados caracterizam uma evasão alta. Mesmo que o SAI tenha restringido a fila de espera e tenha oferecido prioritariamente serviços psicológicos do tipo terapias breves, isso não tem sido suficiente para resolver os problemas da evasão. Um dos fatores apontados para explicar a evasão é o longo tempo de espera nas clínicas-escola (Silvares, 1998), o que pôde ser verificado no SAI. Contudo, esse fator também não é suficiente para explicar a evasão, visto que pode haver interferências se forem consideradas as médias de tempo de espera daqueles que desistem do atendimento (6,6 meses) e a média do intervalo de tempo de espera dos que iniciam atendimento (4 meses), conforme tabelas 13 e 14-A. Há evidências nas análises que mostram que o cliente tende a desistir do atendimento, à medida que aumenta o intervalo de tempo de espera; porém, esse não é um fator determinante. O conjunto desses fatores pode explicar a evasão, pelo menos em parte, mas eles não são suficientes para justificar e compreender tal fenômeno.

Este modelo de atendimento psicológico reproduz o modelo de democratização da oferta de atendimentos que, em virtude da sua ineficácia, atua como um filtro social, tal como em outras instâncias do estado nas políticas públicas de atendimento em saúde

Os resultados encontrados em termos do tempo de atendimento e da quantidade de atendimentos realizados são similares aos resultados já constatados em outras pesquisas; a média do tempo de atendimento é 5,6 meses, e o número de sessões médias é de 15,2

(Anexo E). Evidentemente, essas médias incluem aqueles atendimentos que foram interrompidos e os que concluíram o processo terapêutico. Disso decorre a constatação de que o tempo de permanência da clientela infantil no atendimento é restrito, independente dos resultados, conforme já demonstraram Oliveira (1999) e Barbosa (1992).

As análises de avaliação dos resultados dos procedimentos desenvolvidos na clínica-escola, para que ela possa atender de modo satisfatório à sua clientela, restringem-se a quantidades de atendimento, tempo de atendimento, conclusão e/ou interrupção do atendimento. Talvez este tipo de pesquisa não esteja sendo suficiente para aclarar os reais problemas implicados nas evasões da clínica-escola. É necessário, então, refletir sobre o que se faz durante o tempo em que se intervém junto ao cliente, visto que, independente da modalidade de atendimento que se realiza, surge a necessidade de pesquisas específicas na perspectiva dos processos terapêuticos que são efetuados.

A questão que surge a partir desse panorama geral é: será que os problemas de evasão encontrados nos atendimentos psicológicos da clínica-escola são derivados de uma problemática restrita àquele serviço? As interrupções precoces do atendimento e as desistências seriam problemas específicos da clínica-escola? Ou seriam decorrências dos modelos de atendimentos que se realizam na prática clínica? Para se tentar responder a essa questão, relatam-se os resultados de pesquisas sobre o assunto que fornecem subsídios para responder à demanda que essa reflexão propõe.

Richmond (1992) relata os resultados de um estudo realizado nos EUA em que 40% dos clientes de centros comunitários de saúde mental e 20% de clientes de clínicas particulares desistem do atendimento no máximo em duas sessões. Esse estudo comprovou a hipótese do autor de que há diferenças significativas nas características entre as pessoas que interrompem processos terapêuticos e aquelas que concluem. Além disso, o estudo relata aspectos específicos que possuem correlação com as interrupções em diferentes fases

do processo (três fases): (1) na entrevista inicial, (2) na avaliação e (3) durante o atendimento.

Hunsley, Aubry, Verstervelt & Vito (1999) examinaram a extensão do acordo entre terapeuta e cliente em relação às razões para o término da psicoterapia numa clínica-escola de uma universidade americana credenciada pela APA. O estudo incluiu todos os clientes adultos que terminaram o processo terapêutico individual durante um período de dois anos (1993-1995). Dos clientes que, segundo os terapeutas, tiveram seu término devido ao sucesso nos objetivos da terapia, três quartos deles disseram que isso foi um fator importante em sua decisão final; por outro lado, dos clientes que relataram que o sucesso nos objetivos da terapia foi o motivo de seu término, apenas metade deles foram identificados pelos seus terapeutas como bem-sucedidos nos objetivos. A insatisfação com a terapia e/ou com o terapeuta foram fatores citados por vários clientes como importantes em suas decisões finais. Tais fatores, no entanto, raramente são mencionadas pelos terapeutas como motivo do término. Esta pesquisa conclui que “... further attention to discrepancies between client and therapist expectations of therapy and therapy termination will be necessary to reduce the high rate of premature termination evident in psychotherapeutic practice” (Hunsley e cols. 1999. p. 380)²¹.

Os autores Messer & Warren (1995)²², citados por Oliveira (1999, p. 130), apresentam conclusões de pesquisas em que “os índices de interrupção são sempre altos, independente do diagnóstico, da idade, do sexo, das queixas, de características étnicas ou da psicoterapia ser de tempo limitado ou ilimitado. (...) as interrupções não significam necessariamente

²¹ “(...) maior atenção à discrepância entre as expectativas dos clientes e dos terapeutas sobre a terapia e o término da terapia é necessária para reduzir as altas taxas dos terminos prematuros evidenciadas na prática terapêutica”.

²² Messer, S. B. & Warren, C. S. (1995) *Models of Psychodynamic therapy – a comparative approach*. New York, The Guilford Press.

fracassos terapêuticos, mas que muitas vezes os pacientes estavam satisfeitos com a ajuda que haviam recebido”.

Outro aspecto que tem sido levantado é o despreparo de profissionais graduados, por consequência de treinamento insuficiente, para realizar atendimento em psicoterapia breve (Levenson & Strup, 1999). A partir dessas constatações, Levenson & Davidovitz (2000) realizaram um levantamento nacional de psicólogos, membros da APA, e constataram que 89% realizam alguma terapia breve. No entanto, metade deles nunca fizeram algum curso específico em terapia breve, e muitos referem que o treinamento recebido na graduação não é um fator que tenha contribuído no seu preparo para atender nessa modalidade. Tais resultados levaram pesquisadores a realizar um levantamento do estado atual do treinamento em terapia breve na graduação e em programas de estágios credenciados pela APA (Levenson & Ivans, 2000). No estudo desses autores foi verificada a oferta de treinamento em terapias breves nos programas examinados, sendo constatado que a maioria simples das escolas de graduação oferecem treinamento em terapia breve.

Pesquisas sobre motivos de desistências e fatores relacionados à aderência ou não aos tratamentos psicológicos são escassas; todavia, nas pesquisas de clínicas-escola a constatação da evasão acentuada e regular tem feito com que sejam realizadas novas pesquisas referentes aos procedimentos adotados bem como aos seus resultados, na maioria das vezes sendo relacionados os fatores do tempo de permanência como critério indicativo de maior ou menor aderência. Esse critério, como se pode averiguar também na presente pesquisa, não tem sido suficiente para responder às questões que permeiam os términos prematuros. Procurando encontrar um novo caminho para compreender melhor esse fenômeno, Günter e cols., (2000) verificaram mais detalhadamente aspectos referentes ao universo intrapsíquico dos pacientes que pudessem se relacionar com a questão da aderência aos tratamentos. Esses autores concluíram que (1) a permanência de um

indivíduo como paciente em psicoterapia depende de fatores individuais, institucionais e culturais, e que (2) o abandono do tratamento não pode ser diretamente relacionado com menor aderência ou menor adesão a ele, já que a continuidade ou a interrupção prematura de uma psicoterapia se deve a uma rede complexa de fatores conscientes e inconscientes, os quais se manifestam na dupla terapêutica por meio da transferência e contratransferência. Os autores entendem como implicação desses resultados o seguinte: para que uma clínica-escola cumpra sua dupla missão é necessário treinar o estagiário, de modo que ele reconheça características individuais do paciente no que tange ao estabelecimento de vínculos.

Enfim, é bem provável que os problemas enfrentados nos atendimentos psicológicos das clínicas-escola não sejam restritos às questões próprias delas. No entanto, isso não significa que essas clínicas não tenham os seus problemas específicos. Certamente cada uma, em seu contexto, tem a sua própria problemática. As condições que são externas ao serviço e inerentes ao contexto institucional, principalmente da universidade pública, necessitam ser consideradas, pois a interferência nas rotinas de trabalho numa clínica-escola influi diretamente nos resultados dos atendimentos à clientela.

Por outro lado, as pesquisas dos resultados dos trabalhos realizados nas clínicas-escola têm apontado uma regularidade que permanece ao longo do tempo e em diferentes regiões do País, mesmo nas clínicas-escola que vêm incluindo formas de atendimento psicológico breve. Quando se considera breve o tempo abreviado por necessidades que não demandam propriamente do cliente, mas demandam do estágio, o tempo de atendimento não é suficiente para que o processo terapêutico seja eficiente, principalmente no tempo determinado pelo intervalo de tempo regulamentar dos estágios (no caso da UFSC esse intervalo é de seis meses).

Os resultados relativos ao desenvolvimento dos atendimentos no SAI apontam evidências de que esses atendimentos em geral estão mais a serviço do estágio e das necessidades do estagiário do que das demandas da clientela.

A tripla função da clínica-escola, o atendimento, o treinamento e a pesquisa são funções complexas que exigem no mínimo uma reestruturação nos patamares em que está fundamentada a estrutura socioadministrativa das clínicas-escola em geral, e no SAPSI em particular. Tais patamares devem ser considerados no sentido de oferecer condições mínimas de atuação profissional da prática clínica que qualifiquem o local de estágio numa Clínica psicológica modelo, tal como acontece, por exemplo, nos hospitais universitários. Para cumprir sua tripla função, antes de ser um local de estágio, o hospital é organizado, equipado e estruturado – tanto do ponto de vista administrativo quanto de recursos humanos – como um hospital, e assim pode atender à clientela e às necessidades da formação universitária.

Portanto, a clínica-escola precisa se estruturar primeiramente como uma Clínica de atendimento psicológico, se equipando e se organizando com o objetivo de melhor atender à população que a procura, desde a contratação de pessoal até o treinamento de funcionários no atendimento à clientela. Nessas condições, a clínica-escola atenderá melhor também às necessidades do estagiário, pois, se o objetivo é ensinar, nesse caso é ensinar a atender o cliente, e não fazer dele objeto das necessidades de treinamento de estudantes. Treinamento em psicologia clínica é principalmente desenvolver competências para identificar e discriminar necessidades e processá-las.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática clínica desenvolvida no SAI, do SAPSI da UFSC, considerada a partir das características de sua clientela e dos atendimentos psicológicos, é similar, tanto nos procedimentos quanto nos problemas, às práticas desenvolvidas no treino de estudantes de psicologia nas clínicas-escola de outras universidades públicas e privadas do País.

Os estudos e as pesquisas que têm sido realizados sobre o trabalho desenvolvido nas clínicas-escola proporcionaram um levantamento de problemas e sugestões que vêm modificando as práticas efetuadas. No entanto, não têm sido suficientes para resolver as dificuldades de se conciliar a tripla missão da clínica-escola: o ensino, o atendimento e a pesquisa na prática de psicologia clínica.

Isso não somente significa que esses levantamentos de caracterização das clínicas-escola esgotaram suas possibilidades de apontar novas questões, mas que é necessário também evoluir nas transformações das práticas realizadas nas clínicas-escola e nos tipos de pesquisas na área.

Em relação às pesquisas, é necessário que elas evoluam para estudos que enfoquem mais as problemáticas específicas que têm sido identificadas, como, por exemplo, as desistências e interrupções do tratamento. Por outro lado, também se faz necessário um estudo, sob a perspectiva dos processos terapêuticos, que auxiliem a compreensão dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica e no ensino prático e articulado da função do psicoterapeuta.

Todas as hipóteses levantadas sobre as causas da evasão e as sugestões que foram aplicadas para solucionar esse problema não têm sido suficientes para delinear a rede de fatores que a determinam. Mesmo com as modificações na aplicação de modalidades de

atendimento breve, realização de triagem, psicodiagnóstico infantil como processo de intervenção, ocorrido no SAI, por exemplo, o problema da evasão persiste.

Um dos pontos fundamentais e necessários de mudanças emergentes na clínica-escola é a avaliação sistemática e planejada dos resultados do trabalho realizado na prestação de serviços psicológicos oferecidos à comunidade. Entre as sugestões que têm sido apontadas, o *follow-up* (Oliveira, 1999; Yehia, 1994; 1996) como entrevista de intervenção e como instrumento de pesquisa de resultados é uma prática ainda incipiente nas clínicas-escola, mas que já está fornecendo resultados positivos (Yehia, 1999).

A formação prática do aluno de psicologia não pode ficar dissociada da excelência dos serviços que se realizam. A comunidade não pode ficar à mercê da inexperiência do estagiário e da ineficiência da clínica-escola, quando ele se propõe a oferecer serviços psicológicos. Antes de ser local de estágio, e até para ser local de estágio em psicologia clínica, por definição, a clínica-escola precisa se estruturar e funcionar como um serviço profissional de psicologia clínica, ou seja, o tratamento psicológico é a atividade-fim para quem busca ajuda e não pode ser considerado uma atividade-meio. Não se pode correr o risco de uma inversão nos propósitos da clínica-escola, o que torna o tratamento psicológico e o atendimento às demandas da clientela atividades-meio para fins de aprendizagem dos estagiários. Nessa situação, cabe perguntar: O que o estagiário estaria aprendendo? O que estaria sendo ensinado?

O objetivo deste trabalho é oferecer uma contribuição a mais na prática clínica realizada nas clínicas-escola e mais especificamente na clínica-escola examinada. Durante a coleta de dados, foram identificados alguns problemas que dificultam a organização e sistematização dos registros de dados da pesquisa. Nesse sentido, serão apresentadas algumas sugestões em termos de registro, arquivamento e fluxo de documentos dos

pacientes que podem facilitar o acesso a informações, que também interferem na aplicação dos procedimentos terapêuticos e do ensino prático no SAI. São elas:

1. a permanência das fichas de inscrição e de acompanhamento dos pacientes em arquivo próprio, possibilitando o acesso às informações contidas nessas fichas, sem que elas possam ser retiradas. Foi encontrado um número elevado de fichas não-localizadas e fichas que são retiradas do arquivo da fila de espera e recolocadas no local muito tempo depois, implicando, inclusive, diretamente no aumento do intervalo de tempo de espera dos pacientes e na desorganização da seqüência da fila de espera;
2. o preenchimento das fichas de inscrição por funcionários devidamente treinados. Foram encontradas muitas fichas incompletas e malpreenchidas;
3. a inclusão do dado de instrução dos pais, que não consta na ficha de inscrição para atendimento infantil;
4. o registro obrigatório dos encaminhamentos efetuados do paciente durante a sua permanência no SAPSI, na listagem anual da triagem, e a inclusão nessa listagem da idade do paciente. A listagem de triagem é informatizada, mas no momento da pesquisa estava desatualizada em informações, dificultando a localização de fichas e o acesso rápido às informações sobre o paciente;
5. o arquivamento no SAPSI do prontuário completo com as intervenções realizadas com cada cliente. Muitos prontuários não foram localizados, dos que foram encontrados alguns estavam incompletos;
6. a diminuição da freqüência das triagens, adequando as capacidades de atendimento, para não serem geradas falsas expectativas de atendimento;

7. o estabelecimento de critérios mais rigorosos e apropriados aos tipos serviços oferecidos na triagem de clientes, restringindo o número de pessoas que aguardam para serem atendidas e o intervalo de tempo de espera de um cliente;
8. a estruturação de um atendimento de plantão para os casos de maior urgência;
9. o estabelecimento de rotinas de estudos técnicos e científicos da equipe (supervisores e estagiários), discussão de casos, estudos de estratégias clínicas, seminários sobre a prática clínica integrados com o programa de pós-graduação em psicologia;
10. o estabelecimento de um programa de sistematização da avaliação dos resultados das práticas efetuadas.

Algumas dessas medidas já estão sendo aplicadas no SAPSI como resultado do levantamento inicial dessa pesquisa. Desde janeiro deste ano a triagem foi suspensa, coincidindo com o momento em que os resultados começaram a mostrar o longo tempo de espera de alguns clientes.

A pesquisa da prática clínica em psicologia não pode se restringir à pesquisa nas clínicas-escola. Essas pesquisas precisam continuar, mas é necessário que se avance também pesquisando em outros lugares de atendimento em saúde mental em que a prática clínica se realiza.

REFERÊNCIAS

- Abuchaem, J. (1986). **O processo diagnóstico: no adulto, na criança e no adolescente.** (J. N. R. de Freitas & L. M. R. Bainy, Trad.) Porto Alegre: Luzzato.
- Aguirre, A M. B.; Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Carmo, H. M. S. , Santiago, M. D. E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. **Psicologia USP** 11 (1).
- Ancona-Lopez, M. (1981). **Avaliação de serviços de psicologia clínica.** Dissertação de Mestrado. PUCSP: São Paulo.
- Ancona-Lopez, M. (1984a).Caracterização da clientela de clínicas-escola. Em: R. M. Macedo (Org.), **Psicologia e instituição: novas formas de atendimento.** São Paulo: Cortez, pp. 24-46.
- Ancona-Lopez, M. (1984b) Atendimento psicológico em clínicas-escola. Em: R. M Macedo (Org.) **Psicologia e instituição: novas formas de atendimento.** São Paulo: Cortez, pp.47-62.
- Ancona-Lopez, M. (1984c). Contexto geral do diagnóstico psicológico. Em: W. Trinca (Org.). **Diagnóstico psicológico.** São Paulo: E.P.U, cap.1, pp. 01-13.
- Ancona-Lopez, M. (1987). **Atendimento a pais no processo Psicodiagnóstico infantil: uma abordagem fenomenológica.** Tese de Doutorado. PUCSP: São Paulo.
- Ancona-Lopez, M.(org.) (1995). **Psicodiagnóstico: processo de intervenção.** São Paulo: Cortez.
- Ancona-Lopez, M. (1999). Teoria e prática clínica. **Interações** 7 (4) 09-18.
- Ancona-Lopez, S. (1996). **A porta de entrada: da entrevista de triagem à consulta psicológica.** Tese de Doutorado. PUC-SP, São Paulo.

- Ancona-Lopez, S. (1998) Psicodiagnóstico: processo de intervenção? Em: M. Ancona-Lopez, (Org.).**Psicodiagnóstico: processo de intervenção**.(2.ed). São Paulo: Cortez, pp. 26-36.
- Arzeno, M. (1995). **Psicodiagnóstico clínico**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anzieu, D. (1988) **Os métodos projetivos**. São Paulo: Editora da USP.
- Barbosa, J. I. C. (1992) **Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza**. Dissertação de Mestrado. USP: São Paulo.
- Bernardes-da-Rosa, L.T., Garcia, R.M., Domingos, N.A M. & Silveiras, E.F.M. (2000) Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. **Estudos de Psicologia**, Puccamp: 17 (3) 5-14.
- Bleger, J. (1980). A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. Em: **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. (R. M. M. de Moraes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, cap. 01, pp. 07-41.
- Bohoslavsky, R. H. (1968). Que es la psicologia clinica. Texto mimeografado [não publicado].
- Borges, S. L. P. (1996) Caracterização da clientela da Clínica Psicológica São Marcos na área de atendimento infantil. **Interações** 1(1) 59-78.
- Bock, A .M.B. (1995). O desafio da construção de uma nova psicologia. **Psicologia Revista**. PUCSP: São Paulo. (1):13-18.
- Bock, A. M. B., (1998). O estatuto científico das práticas clínicas.[Conferência] **Anais , VI Encontro Estadual de Clínica-escola**, Universidade São Francisco.
- Brecht, M. R.; Curto, B. M. & Ribeiro,W. S. (1997). Intervenções breves: um modelo de atendimento em uma clínica escola [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.) **Resumos de comunicações científicas, XXVII Reunião Anual de Psicologia**, (p.72) Ribeirão Preto, SBP.

- Carmo, H. M. e S. (1989) **Reflexões sobre psicodiagnóstico: análise de estudos de caso tendo em vista a organização posterior de modelos abreviados de psicodiagnóstico**. Tese de doutorado. USP: São Paulo.
- Casullo, M. M. (1999). Evaluación psicológica. Em S.M.Wechsler & R. S. L. Guzzo (Org.) **Avaliação psicológica: perspectiva internacional**. São Paulo: Casa do Psicólogo, cap.01, p.23-40.
- Cunha, J. & cols. (1993). **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas
- Cunha, J. (1993a). Fundamentos do psicodiagnóstico. Em: J. Cunha & cols. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 1, pp.03-10.
- Cunha, J. (1993b). Recursos básicos do psicodiagnóstico. Em: J. Cunha & cols. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 4, pp. 51-63.
- Cunha, J. (1993c). Passos do psicodiagnóstico. Em: J. Cunha & cols. **Psicodiagnóstico-R**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 5, pp. 64-98.
- Efron, A M., Fainberg, E., Kleiner, Y., Sigal, A M. & Woscoboinick (1981) A Hora de jogo diagnóstica. Em: M. L. S. Ocampo; M. E. Arzeno; E.G. Piccolo & cols. **O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, cap. 7, pp. 169-191.
- Enéas, M.L.E., Faleiros, J. C. & Andrade de Sá, A. C.(2000). Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: caracterização dos processos com adultos. **Psicologia: Teoria e Prática**. 2(2) 9-30.
- Eizirik, C. L., Kapcczinski, F., Bassols, A . M. S.(2001) **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: ARTMED.
- Ferreira, M H. M., Araújo, M. S. (2001) A idade escolar: Latência (6 a 12 anos). Em C. L Eizirik, F. Kapcczinski, Bassols, A M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre –RS: ARTMED. pp.105-115.
- Figueiredo, L.C. (1996). **Revisitando as psicologias**. (2.ed). São Paulo: Vozes-Educ. pp.113-122.

- Fiorini, H. (1979). **Teorias e técnicas de psicoterapias.** (Sussekind, C., Trad.) (3.ed). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Frassão, M. C. O. (2000) **Devolução de crianças em famílias substitutas: uma compreensão dos aspectos psicológicos através dos procedimentos legais.** Dissertação de Mestrado. UFSC: Florianópolis.
- Grassano, E. N. (1997). El valor operativo y funcional del Psicodiagnóstico en la clínica. **Boletim de Psicologia**, 107 (47) 39-45.
- Greenspan & Greenspan (1993). **Entrevista clínica com crianças.** Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kern, C. D., Dauber, C. M., Ritzel, L. & Beretta, L. M. (1985) Eficácia da psicoterapia breve em uma instituição. **Psico**. 10-11 (1-2) 85-108.
- Kikuchi, R. C. I. & Fernandes Rosa, C. (1999) Caracterização da clientela atendida pelo serviço de psicologia das unidades básicas de saúde da secretária da saúde de Maringá –1998. [Resumo] **Psicologia em Estudo**. 4 (1) 185-186.
- Krawulski, E. & Molinos, B. G. (2000). Implantação de um processo de triagem no serviço de atendimento psicológico da UFSC – SAPSI. **Revista de Ciências Humanas**, 27, 103-115.
- Larrabure, S. A. L. (1982). **Grupo de espera: uma contribuição para atendimento psicológico em instituição.** Dissertação de Mestrado. PUCSP: São Paulo.
- Larrabure, S. A. L. (1984) Grupo de espera em instituições. Em: R. M. Macedo (Org.) **Psicologia e instituição: novas formas de atendimento.** São Paulo: Cortez, pp. 63-85.
- Levenson, H. & Strup, H. H. (1999). Recommendations for the future of training in brief dynamic psychotherapy. **Journal of Clinical Psychology**. 4 (55) 385-391.
- Leveson, H. & Davidovitz, D.(2000). Brief therapy prevalence and training: A national survey of psychologist. **Psychotherapy**. 4(37).

- Levenson, H. & Ivans, S. A. (2000). O presente estado do treinamento em terapia breve na graduação e programas de estágio credenciado pela associação Americana de Psicologia. **Professional Psychology: Research and Practice**. 4(31) 446-452
- Lilja, C. O.(1997). Avaliação psicodiagnóstica: Implicações teóricas. **Alethéia**. 6 61-72.
- Lindemeier, K. (1990). **Avaliação de uma “relação de ajuda” entre uma clínica-escola de psicologia e sua clientela**. Dissertação de Mestrado. PUCCAMP.
- Logan, N. (1995). Avaliação diagnóstica de crianças. Em: R. Craig (Org.) **Entrevista clínica e diagnóstica**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 17, pp. 385-404.
- Macedo, R. M. (org.) (1984). **Psicologia e instituição: novas formas de atendimento**. São Paulo: Cortez.
- Marques, Yara M. (1989). **Utilização dos elementos do psicodiagnóstico na psicoterapia em instituições de atendimento psicológico**. Dissertação de Mestrado. PUCSP: São Paulo.
- Mettel, T. P. de L. (1981). Considerações sobre o diagnóstico psicológico. **Boletim de psicologia**, S.P. XXXIII (81) 34-39.
- Mito, T. I. H. (1997). Atendimento psicológico infantil na instituição: um enfoque preventivo.[Conferência] **Anais V Encontro estadual de Clínicas-escola – Psicologia em movimento: Os desafios da realidades brasileiras**. (p.140-145) Universidade São Judas Tadeu: S.P.
- Neufeldt, S. A.(1998). Research in training clinic: A bridge between science and practice. **Journal of Clinical Psychology**. 3(55) 315-327.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E., Piccolo, E. G. & cols. (1981). **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes.
- Ocampo, M. L. S. & Arzeno, M. E. (1981 a) O processo psicodiagnóstico. Em: M. L. S. Ocampo; M. E. Arzeno; E.G. Piccolo & cols. **O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, cap. 1, pp. 11-19.

- Ocampo, M. L. S. & Arzeno, M. E. (1981 b) A entrevista inicial. Em: : M. L. S. Ocampo; M. E. Arzeno; E.G. Piccolo & cols. **O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, cap. 2, pp. 23-43.
- Oliveira, I. T. (1999). **Atendimento psicológico em clínica-escola: uma avaliação comparativa dos serviços oferecidos**. Dissertação de Mestrado. PUCSP: São Paulo.
- Pereira (1983). **Diagnóstico psicológico em clínica-escola: um questionamento profissional**. Dissertação de Mestrado. Instituto Metodista do Ensino Superior: São Bernardo dos Campos, S.P.
- Pinto, E. R. (1997). A utilização dos testes no processo de psicodiagnóstico de crianças e adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 1(49)43-69.
- Poelman, A M. S. S. (1993). Retomando o conceito de psicodiagnóstico: Uma proposta de definição a partir da relação psicólogo–cliente. **Cadernos de Psicologia de Belo Horizonte**, 1 (2)11-16.
- Polizeli, E. G. & Faria, S. de A & Mito, T. I. H. (1997). Intervenções breves: reflexões sobre a experiência na clínica psicológica São Marcos [resumo]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.) **Resumos de comunicações científicas, XXVII Reunião Anual de Psicologia**. (p.72.) Ribeirão Preto: SBP.
- Prizskulnik, L. (2000). Clínica(s): Diagnóstico e tratamento. **Psicologia USP**, 11 (1)11-28.
- Psicologia Legislação (1999). **Conselho Federal de Psicologia**, 8.
- Rauen, F. J. (1999). **Elementos de Iniciação à pesquisa**. Rio do Sul (SC): Nova Era, pp. 24-38.
- Regimento Interno do Serviço de Atendimento Psicológico – SAPSI** (1996). Florianópolis: Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.
- Rosa, M. D. (1995). Considerações sobre a polêmica do diagnóstico na psicologia. **Psicologia Revista**, 1, 61-67.

- Rosa, M. D. (1997). A inserção dos testes psicológicos na psicologia atual. **Temas**, 53(27),10-30.
- Richard, P. H. (1999). Clinical training: challenges for a new millennium. **Journal of Clinical Psychology**, 4(55), 405-409.
- Sanches, N. A (1985). **Estudo epidemiológico de clientes da clínica-escola do departamento de psicologia da Universidade Federal de Uberlândia-MG**. Dissertação de Mestrado. PUCCAMP.
- Santos, M. A (1990) Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 42(2), 79-94.
- Santiago, M. D. E. (1998). Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? Em M., Ancona-Lopez, (Org.) **Psicodiagnóstico: processo de intervenção**. 2. ed. São Paulo: Cortez, pp. 9-25.
- Santos, M. A., Moura, L., Pasian, S. R. & Lima-Ribeiro, P. L. (1993) Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de psicologia. **Psicologia: Teoria e pesquisa**. Brasília. 9(1), 123-144.
- Silvares, E. F. M. (1996). É Satisfatório o Atendimento Psicológico nas Clínicas-Escola Brasileiras? Em: Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta. **Coletâneas da ANPEPP**, 1 (9), 137-145.
- Silvares, E. F. M. (1998). **Clínica-escola: novas formas de atendimento psicológico**. Tese de Livre Docência em Psicologia. PUC-SP, São Paulo.
- Silvares, E. F. M. (2000). Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico numa clínica-escola brasileira. **Estudos de Psicologia**, 5 (1), 149-180.
- Terzis, A & Carvalho, R. M. L. L. (1988) Identificação da população atendida na Clínica-escola do Instituto de Psicologia da Puccamp. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, 40 (4), 87-97.
- Trinca, W.(1984). Processo diagnóstico do tipo compreensivo. Em: W.Trinca, (Org.) **Diagnóstico psicológico**. São Paulo: E.P.U, cap. 2, pp. 14-24.

- Vaisberg, T. M. J. A. & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicologia psicanalítica. **Psicologia USP**, 1(11), 29-48.
- Velloso, E.D. (1970). A evolução da psicologia clínica no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**. 22(2), 9-14.
- Yehia, G. Y. (1983). **Proposta de uma alternativa de supervisão de estágio para a formação de psicólogos**. Dissertação de Mestrado. PUCSP, São Paulo.
- Yehia, G. Y. (1994). **Psicodiagnóstico fenomenológico existencial: espaço de participação e mudança**. Tese de Doutorado. PUCSP, São Paulo.
- Yehia, G. Y. (1996). Clínica-escola: atendimento ao estagiário ou atendimento ao cliente? **Coletâneas da ANPEPP**, 9(1), 109-118.
- Wechsler, S.M.(1999). Guia de procedimentos éticos para avaliação psicológica. Em: S. M. Wechsler & R.S.L. Guzzo (Org.) **Avaliação psicológica: perspectiva internacional**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 133-141.

ANEXOS

A. Histórico e normas de atendimento do SAPSI

B. Protocolo de coleta de dados

PROTOCOLO DA COLETA DE DADOS - Planilha anual

PLANILHA DOS CLIENTES CADASTRADOS EM _____

Nº	INSC.	IDADE	SEXO	ESC.	ORIGEM	RENDA	Idade pai	Idade mãe	Prof. Pai	Prof. Mãe	Queixas	Serviços					
												A	B	C	D	E	F
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	

C. Tabela 10

Tabela 10. Distribuição percentual das ocorrências dos tipos de queixa principal * da população triada no SAI de 1997 a 2000.

QUEIXA PRINCIPAL Código*	Ocorrências				TOTAL	Percentual
	1997	1998	1999	2000		
1	0	1	6	7	14	11,8%
2	0	1	4	5	10	8,4%
3	0	0	0	1	1	0,8%
6	0	0	1	1	2	1,7%
7	0	0	0	1	1	0,8%
9	0	0	0	1	1	0,8%
11	1	3	1	1	6	5,0%
12	6	0	2	1	9	7,6%
13	1	0	2	0	3	2,5%
14	0	1	1	0	2	1,7%
16	0	1	0	0	1	0,8%
19	0	0	3	3	6	5,0%
22	1	0	0	1	2	1,7%
24	1	1	2	0	4	3,4%
26	0	1	1	2	4	3,4%
27	0	0	1	0	1	0,8%
29	2	0	1	0	3	2,5%
31	1	0	0	0	1	0,8%
33	0	0	0	1	1	0,8%
34	2	0	2	3	7	5,9%
35	0	0	0	1	1	0,8%
36	0	0	0	1	1	0,8%
38	0	0	2	1	3	2,5%
41	0	1	0	0	1	0,8%
42	2	1	1	1	5	4,2%
48	0	0	1	1	2	1,7%
49	1	2	2	0	5	4,2%
52	0	1	0	0	1	0,8%
54	0	0	0	1	1	0,8%
56	0	1	0	0	1	0,8%
63	1	0	1	0	2	1,7%
66	0	0	0	1	1	0,8%
68	0	0	0	3	3	2,5%
70	2	1	0	2	5	4,2%
71	0	0	0	1	1	0,8%
72	1	0	1	0	2	1,7%
76	1	0	0	1	2	1,7%
77	1	0	0	2	3	2,5%
TOTAL	24	16	35	44	119	100%

* Códigos conforme o catálogo de queixas infantis, Silvares, 1991

D. Catálogo de queixas de crianças

E. Medidas estatísticas das variáveis quantitativas

Quadro 3: Estatística descritiva das variáveis quantitativas da clientela do SAI / 1997- 2000				
Estatísticas	faixa etária	renda mensal	idade do pai	idade da mãe
Média	8,07	4,46	35,87	34,21
Erro padrão	0,23	0,37	0,86	0,85
Mediana	8	4	35	33,5
Moda	10	3	30	27
Desvio padrão	2,46	2,88	6,85	6,92
Mínimo	2	1	20	20
Máximo	12	12	54	56
Contagem	119	61	63	66

Quadro 4: Estatística descritiva do tempo de espera, tempo de atendimento e número de sessões realizados com a clientela do SAI de 1997 a 2000			
medidas estatísticas	tempo de espera (mes)	Nº de sessões	tempo de atendimento(mes)
Média	6,6	15,2	5,6
Mediana	5,0	9,5	3,0
Moda	1	7	2
Desvio padrão	6,0	15,7	5,7
Mínimo	1	1	1
Máximo	36	89	29
Contagem	117	56	57

F. Lista de Informações do psicodiagnóstico infantil

(Logan, 1995)

1. Dados de Identificação
 - a) Idade da criança, data de nascimento, série na escola, sexo, raça
 - b) Idade dos pais, datas de nascimento, ocupações
 - c) Idade dos irmãos e de outras pessoas que moram na casa com a criança

2. Informações sobre encaminhamento e os problemas apresentados
 - a) Origem e natureza do encaminhamento
 - b) Descrição dos problemas apresentados, com exemplos
 - c) Primeiro aparecimento e história dos problemas
 - d) Fatores desencadeantes principais

3. Descrição da criança, dos pais e de outros membros da família durante a entrevista

4. Estado psicológico atual da criança, incluindo forças e fraquezas
 - a) Estado fisiológico
Aparência física
Visão e audição
Fala
Saúde Geral
Dificuldades físicas
 - b) Desejos, necessidade e afetos
Humor predominante durante a entrevista
Desejos ou necessidades importantes
Tolerância à frustração
Fontes de ansiedade
Conflitos internos
Outros aspectos específicos
Formas de enfrentar as situações e defesas
Consciência
Valores
 - c) Relacionamentos interpessoais
Quantidade e estilo da interação com os pais, irmãos, professores, iguais
Percepção dessas pessoas
Conflitos especiais com outras e a forma de lidar com os conflitos
Padrões de Comunicação
Atividades com os outros
Empatia com relação aos outros
 - d) Percepções do eu e identidade
Dependência e autonomia
Identidade sexual Identidade sociocultural e religiosa
Interesses
Aptidões
Autoconfiança e auto-estima
 - e) Funções cognitivas

- Processos de pensamento
 - Processos perceptivos
 - Habilidades perceptomotoras
 - Capacidade intelectual global
 - Desempenho escolar
 - Problemas específicos
 - f) Nível global de organização, integração e rigidez
-
- 5. História do desenvolvimento
 - 6. Pais e família
 - a) Funcionamento de personalidade dos pais e irmãos
 - b) Estrutura e processos familiares
 - c) Acontecimentos específicos na vida da família
 - 7. Outras circunstâncias de vida
 - 8. Formulação dos problemas
 - 9. Plano de tratamento