

USO DE PSICOTERAPIAS BREVES EM CLÍNICA-ESCOLA: CARACTERIZAÇÃO DOS PROCESSOS COM ADULTOS.

*Maria Leonor Espinosa Enéas,
Josiani Cristina Faleiros,
Ana Carolina Andrade e Sá*
Universidade Presbiteriana Mackenzie

RESUMO: O artigo apresenta o levantamento de dois anos dos atendimentos em psicoterapia breve realizados na Clínica Psicológica Mackenzie. Compara as características dos pacientes e dos processos terapêuticos e identifica os aspectos proeminentes nos dois anos. Verifica predomínio de mulheres jovens, solteiras, com curso superior incompleto. As queixas mais referidas são dificuldades diversas de relacionamento, para lidar com perdas e ansiedade. Os processos são, em sua maioria, concluídos com duração entre 9 e 12 sessões, sendo o índice de interrupções menor que o habitual em nosso meio. Há número significativo de encaminhamentos. A psicoterapia breve tem sido útil aos propósitos da Clínica, sendo necessário aprofundar o conhecimento tanto da clientela quanto dos processos terapêuticos.

Palavras-chaves: Psicoterapia Breve; Clínica-escola; Processo Psicoterápico, Saúde Mental.

USE OF BRIEF PSYCHOTHERAPY IN A TRAINING CLINIC: CHARACTERIZATION OF THE PROCESSES WITH ADULTS.

ABSTRACT: This article presents the survey of the 2years of brief psychotherapy treatments in the Clínica Psicológica Mackenzie. It compares the characteristics of the patients and the psychotherapeutic processes and it identifies the prominent aspects in both years. It verifies the prevalence of young single and undergraduate females in the sample. The more mentioned complaints were several kinds of relationship difficulties, problems to deal with loss and anxiety. It was found that the psychotherapeutic processes are mainly concluded in between 9 and 12 sessions, and the dropout rate is lower than the usually founded in our country. There were a great number of referrals. The brief psychotherapy has been useful to the Clinic proposals. Deep studies both of the clients and of the processes are needed .

Keywords: Brief Psychotherapy, Training Clinic, Psychotherapeutic Processes, Mental Health.

O interesse por estudos de caracterização de clientela e de serviços prestados, tanto em clínicas-escola quanto em unidades de saúde mental, permite conhecer as necessidades específicas da população e melhor adequar a atuação

profissional oferecida (Santos, Moura Passian & Ribeiro, 1992; Santos, Passian, Moura & Ribeiro, 1992; Mito, Lee, Albertini & Provedel, 1999; Tossito & Marturano, 1999). Tais estudos são importantes para orientar a implantação de atividades (Figueiró & Marturano, 1991; Moura & Santos, 1991; Fagundes Júnior e cols, 1996) e também para acompanhar a evolução do funcionamento de serviços diversos (Terzis & Carvalho, 1988; Enéas, Gatti & Schincariol, 1996; Hahn & Ferraz, 1998; Mito, Lee, Albertini & Provedel, 1999; Tossito & Marturano, 1999).

No caso especial da clínica-escola, Ancona-Lopes (1995) considera que estes estudos são necessários para haver a adequação dos serviços e a inserção social da mesma. Nesse contexto, um aspecto essencial é o atendimento ser prestado por alunos em treinamento no uso das técnicas psicoterápicas (Gorayeb, Colares & Bessa, 1992). Esta característica é inerente à própria função dupla da clínica-escola, qual seja, oferecer condição de treinamento clínico para os alunos e prestar serviço psicológico à comunidade. Desta forma, os estudos relativos à clínica-escola devem verificar não apenas se o atendimento corresponde às expectativas dos pacientes, mas também se oferece oportunidade para a formação adequada dos profissionais.

Neste tocante, seria interessante avaliar inicialmente de forma separada cada um desses aspectos, para depois tentar uma consideração conjunta de ambos. Primeiramente é preciso considerar uma das necessidades específicas da clínica-escola que é oferecer aos alunos uma formação de bom nível. É imprescindível ter em mente que a qualidade no ensino deve aliar-se à uma inserção social que justifique a própria formação profissional, que precisa preparar o estudante para os desafios da atuação em contextos físicos e sociais os mais diversos. As instituições formadoras tendem a priorizar uma visão generalista a fim de preparar os alunos mais adequadamente para estes desafios (Santos, 1996; Rocha Júnior &

Sá, 1997). Outra preocupação importante no tocante à formação é de que esta seja criativa e flexível, antes que a mera repetição de propostas ‘tecnicistas’ (Schmidt, 1992).

Da perspectiva do usuário, a clínica-escola tem representado uma fonte de atendimentos psicoterápicos a uma parcela significativa da população, principalmente por oferecer tratamento de baixo ou nenhum custo financeiro (Barbosa & Silveiras, 1994). Além do aspecto financeiro, também é esperado que o atendimento possa corresponder às necessidades do paciente na medida de suas capacidades, sem prolongamentos desnecessários e filas de espera infundáveis (Yoshida, 1997).

Desde 1982, algumas clínicas-escola vêm oferecendo atendimento em psicoterapias breves (PB) como uma resposta à insuficiência ou inadequação do uso dos modelos psicoterápicos tradicionais (Mito, 1998). Como mencionado por esta autora, a psicoterapia breve tem recebido menos crítica e maior aceitação relativamente ao seu uso, incluindo nas clínicas-escola, na medida em que permite melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e diminuir as filas de espera. Outros contextos institucionais também têm visto crescente emprego de psicoterapias breves pelos mesmos motivos, sendo estes os locais em que a maior parte dos profissionais começa sua atividade prática (Yoshida, Coelho Filho, Enéas, Gatti & Xavier, 1994).

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. Ao paciente parece mais viável obter o alívio desejado, tendo inclusive condição de avaliar o montante de esforço que lhe será exigido. 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, o que impede que fique alienado tanto da prática de que é aprendiz quanto do paciente que atende (Santos, 1996). Ambos, paciente e estagiário, podem assegurar-se do andamento do processo e da viabilidade de alcançar os objetivos. Também a instituição pode suportar mais facilmente a demanda, atendendo-a mais adequada e prontamente (Simon, 1983a).

Assim, parece que a opção pela psicoterapia breve como modalidade de estágio corresponde satisfatoriamente aos seus objetivos acadêmicos, técnicos e sociais (Castro, 2000) e, desta forma, constitui uma articulação viável para atender simultaneamente as necessidades de atendimento dos pacientes e de oferecer formação adequada aos alunos.

O presente estudo é resultado de um grupo de pesquisa da Faculdade de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie. O trabalho realizado até o momento levantou uma série de variáveis de pacientes e processos para subsidiar análises dos métodos de intervenção psicoterápica.

O objetivo deste estudo é apresentar a caracterização dos pacientes e dos processos de psicoterapia breve de adultos em uma análise comparativa de dois anos de levantamento. Esta análise pode auxiliar na identificação de aspectos relevantes para estudos mais aprofundados de processos psicoterápicos.

Método.

Nesta pesquisa documental foi levantada a totalidade dos prontuários dos atendimentos em Psicoterapia Breve de Adultos, realizados nos anos de 1997 e 1998, na Clínica Psicológica da Universidade Presbiteriana Mackenzie, perfazendo um total de 448, sendo 215 realizados no ano de 1997 e 233 no ano de 1998. Os dados foram tabulados em função das variáveis: sexo, faixa etária,

estado civil, escolaridade, desfecho, número de sessões realizadas e do tipo de queixa apresentada.

A tipologia de queixas foi adaptada de Enéas, Gatti e Schincariol (1997) e compreendeu 24 categorias: nervosismo/irritabilidade, queixas somáticas, dificuldade para lidar com perdas, procura por orientação vocacional, ansiedade, problemas relativos ao sono, problemas no relacionamento familiar, problemas com ciúmes, hipocondria/preocupação consigo, queixas vagas, problemas com relação à produtividade, depressão, ser trazido para consulta, idéias ou tentativas de suicídio, estresse/estafa, dificuldades sexuais, adição, sentimentos de solidão, auto-conhecimento, dificuldade de relacionamento com o sexo oposto (neste item foram incluídas dificuldade de relacionamento com o cônjuge ou parceiro, e dificuldade de relacionamento com o sexo oposto em geral), timidez, dificuldade no relacionamento inter-pessoal, manejo das emoções e um item outros, para queixas que não se encaixavam em nenhuma das categorias acima citados. Para este levantamento, ao ser verificado que as queixas de: orientação vocacional, problemas relativos ao sono, problemas com ciúmes, hipocondria/preocupação consigo, idéias ou tentativas de suicídio, estresse/estafa, adição, manejo das emoções apresentaram "porcetagem" menor que 1,10%, foram também inclusas na categoria de outros.

Foi também observado o desfecho do processo terapêutico, segundo as seguintes possibilidades: atendimentos interrompidos ou concluídos sem encaminhamento, com reencaminhamento interno ou com encaminhamento para instituição externa. Outro dado anotado referiu-se às sessões em que ocorreram faltas, tanto nos processos concluídos quanto nos interrompidos.

Resultados.

Os dados obtidos são apresentados em tabelas de acordo com as variáveis levantadas.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos dados segundo as variáveis sexo e estado civil verificadas nos prontuários atendidos nos anos de 1997 e 1998.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO SEXO E ESTADO CIVIL.

SEXO/ ESTADO CIVIL	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	97		98		97		98		97		98	
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	fa	%	fa	%	Fa	%
Solteiro	41	19,07	32	13,73	101	46,98	98	42,06	142	66,05	130	55,79
Casado	7	3,26	11	4,72	44	20,47	44	18,88	51	23,72	55	23,61
Divorc.	1	0,47	1	0,43	13	6,05	20	8,58	14	6,51	21	9,01
Viúvo	-	-	-	-	8	3,72	5	2,15	8	3,72	5	2,15
Outros	-	-	5	2,15	-	-	17	7,30	-	-	22	9,44
Total	49	22,79	49	21,03	166	77,21	184	78,97	215	100	233	100

Observou-se o predomínio de atendimentos a pacientes do sexo feminino (166; 77, 21% da amostra total de 1997 e 184; 78,97% da amostra de 1998), seguidos dos atendimentos aos pacientes do sexo masculino (49; 22,79% da amostra de 1997 e 49; 21,03% da amostra total de 1998).

Os sujeitos solteiros representam a maioria dos atendimentos (142; 66,05% em 1997 e 130; 55,79% em 1998), seguidas pelos casados (51; 23,72% em 1997 e 55; 23,61% em 1998), sendo que os demais (divorciados, viúvos e outros) representam apenas 10,23% da amostra de 1997 e 20,60% da amostra de 1998.

Na seqüência, a Tabela 2 mostra a distribuição destes sujeitos em função do sexo e da faixa etária.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO SEXO E DA FAIXA ETÁRIA.

SEXO/ FAIXA ETÁRIA	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	97		98		97		98		97		98	
	Fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
13 – 17	12	5,58	10	4,29	10	4,65	14	6,01	22	10,23	24	10,30
18 – 22	9	4,19	8	3,43	44	20,47	41	17,60	53	24,65	49	21,03
23 – 27	8	3,72	12	5,15	35	16,28	32	13,73	43	20,00	44	18,88
28 – 32	9	4,19	4	1,72	16	7,44	15	6,44	25	11,63	19	8,15
33 – 37	4	1,86	6	2,58	16	7,44	17	7,30	20	9,30	23	9,87
38 – 42	2	0,93	2	0,86	15	6,98	19	8,15	17	7,91	21	9,01
43 – 47	2	0,93	1	0,43	10	4,65	13	5,58	12	5,58	14	6,01
48 – 52	1	0,47	3	1,29	10	4,65	9	3,86	11	5,12	12	5,15
53 – 57	1	0,47	-	-	2	0,93	7	3,00	3	1,40	7	3,00
58 – 62	1	0,47	1	0,43	4	1,86	1	0,43	5	2,33	2	0,86
63 – 67	-	-	1	0,43	2	0,93	5	2,15	2	0,93	6	2,58
68 - >	-	-	-	-	2	0,93	1	0,43	2	0,93	1	0,43
Ñ Ident.	-	-	1	0,43	-	-	10	4,29	-	-	11	4,72
Total	49	22,79	49	21,03	166	77,21	184	78,97	215	100	233	100

Observa-se que os sujeitos de 18 a 22 anos representam 24,65% da amostra total de 1997 e 21,03% de 1998, seguidos daqueles entre 23 e 27 (20,00% -1997; 18,88% - 1998). Entre as idades de 28 e 32 anos observa-se que em 1997 houve 11,63% e em 1998 8,15%. Os sujeitos entre 13-17 eram em número de 22 (10,23%) em 1997, e em 1998 representaram 10,30% (N= 24). As demais faixas etárias, tanto para a amostra de 1997 quanto para 1998, representaram menos de 10% de cada uma.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos sujeitos em função do sexo e sua respectiva escolaridade.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO SEXO E ESCOLARIDADE.

SEXO/ ESCOLAR IDADE	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	97		98		97		98		97		98	
	Fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
I G inc.	10	4,65	4	1,72	10	4,65	23	9,87	20	9,30	27	11,59
I Grau	2	0,93	2	0,86	8	3,72	7	3,00	10	4,65	9	3,86
IIG inc.	6	2,79	7	3,00	11	5,12	13	5,58	17	7,91	20	8,58
II Grau	8	3,72	7	3,00	39	18,14	32	13,73	47	21,86	39	16,74
Sup inc.	12	5,58	15	6,44	57	26,51	50	21,46	69	32,09	65	27,90
Sup.	11	5,12	8	3,43	27	12,56	27	11,59	38	17,67	35	15,02
Outros	-	-	6	2,58	14	6,51	32	13,73	14	6,51	38	16,31
Total	49	22,79	49	21,03	166	77,21	184	78,97	215	100	233	100

Verifica-se que os sujeitos com nível de escolaridade superior incompleto representam 32,09% da amostra total de 1997 e 27,90% da amostra total de 1998, seguidos por aqueles que possuem 2º Grau completo (21,86% 1997; 16,74% 1998). Já os que possuem Superior completo somam 17,67% da amostra de 1997 e os demais níveis de escolaridade desse ano não ultrapassam a faixa de 10%, enquanto que em 1998 existe um número significativo de sujeitos com nível de escolaridade não identificado (Outros=16,31%), seguido dos com Superior completo (15,02%) e logo após os sujeitos com 1º Grau incompleto (11,59%).

A Tabela 4 apresenta a distribuição destes sujeitos em função das queixas apresentadas e o sexo.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DA QUEIXA APRESENTADA E O SEXO.

SEXO/ TIPO DE QUEIXA	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	97		98		97		98		97		98	
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%
1	2	0,65	3	0,82	9	2,91	12	3,29	11	3,56	15	4,11
2	1	0,32	1	0,27	11	3,56	3	0,82	12	3,88	4	1,10
3	3	0,97	5	1,37	24	7,77	31	8,49	27	8,74	36	9,86
4	9	2,91	8	2,19	29	9,39	33	9,04	38	12,30	41	11,23
5	8	2,59	8	2,19	45	14,56	56	15,34	53	17,15	64	17,53
6	7	2,27	1	0,27	6	1,94	18	4,93	13	4,21	19	5,21
7	9	2,91	4	1,10	8	2,59	21	5,75	17	5,50	25	6,85
8	4	1,29	5	1,37	15	4,85	16	4,38	19	6,15	21	5,75
9	3	0,97	2	0,55	9	2,91	9	2,47	12	3,88	11	3,01
10	1	0,32	3	0,82	5	1,62	8	2,19	6	1,94	11	3,01
11	2	0,65	1	0,27	7	2,27	4	1,10	9	2,91	5	1,37
12	6	1,94	4	1,10	16	5,18	3	0,82	22	7,12	7	1,92
13	2	0,65	4	1,10	14	4,53	30	8,22	16	5,18	34	9,32
14	6	1,94	6	1,64	4	1,29	9	2,47	10	3,24	15	4,11
15	7	2,27	11	3,01	16	5,18	28	7,67	23	7,44	39	10,68
16	5	1,62	5	1,37	16	5,18	13	3,56	21	6,80	18	4,93
Total	75	24,27	71	19,45	234	75,73	294	80,55	309	100	365	100

1) nervosismo; 2) queixas somáticas; 3) dificuldade para lidar com perdas; 4) ansiedade, insegurança, medo; 5) problemas no relacionamento familiar; 6) queixas vagas; 7) trabalho, produtividade; 8) depressão, desânimo; 9) encaminhando por outra pessoa; 10) dificuldades sexuais; 11) sentimento de solidão; 12) auto-conhecimento; 13) dificuldade de relacionamento com o sexo oposto; 14) timidez; 15) dificuldade de relacionamento interpessoal; 16) outros.

Observa-se na Tabela 4 que as queixas predominantes, tanto em 1997 quanto em 1998, referem-se as dificuldades no relacionamento familiar (17,15% em 1997; 17,53% em 1998), seguidas da queixa de ansiedade (12,30% em 1997; 11,23% em 1998). Em 1997 observa-se que a dificuldade para lidar com perdas representa 8,74% da amostra total desse ano, seguida da dificuldade no relacionamento interpessoal em 7,44%. Já em 1998, a dificuldade no relacionamento interpessoal, representou 10,68%, seguida da dificuldade para

lidar com perdas com 9,86%. Os homens apresentam média de queixas 1,53 em 1997 e 1,45 em 1998; para as mulheres 1,41 e 1,60 nos respectivos anos.

Na Tabela 5 é apresentada a distribuição dos sujeitos em função das queixas e do desfecho apresentados: Concluído sem necessidade de encaminhamento (Cs), Concluído com reencaminhamento na própria instituição (Cei), Concluído com encaminhamento para instituição externa (Cee) e Interrupção do processo (I).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DAS QUEIXAS E DO DESFECHO APRESENTADO.

DESFECHO/ TIPODE QUEIXA	CS		CEI		CEE		INT.		TOTAL	
	97	98	97	98	97	98	97	98	97	98
1	0,65	1,10	-	0,27	1,62	0,55	1,29	2,19	3,56	4,11
2	1,29	0,27	0,32	-	0,32	0,27	1,94	0,55	3,88	1,10
3	2,59	2,47	2,27	3,01	1,62	1,64	2,27	2,74	8,74	9,86
4	3,24	3,01	2,91	0,82	2,27	4,66	3,88	2,74	12,30	11,23
5	4,85	4,38	2,27	3,84	1,94	5,21	8,09	4,11	17,15	17,53
6	1,29	1,37	0,32	0,27	0,65	2,47	1,94	1,10	4,21	5,21
7	2,27	1,64	0,65	1,64	1,94	1,64	0,65	1,92	5,50	6,85
8	1,29	1,64	0,97	0,82	2,59	2,47	1,29	0,82	6,15	5,75
9	0,97	0,82	0,32	0,27	0,32	0,55	2,27	1,37	3,88	3,01
10	0,32	1,10	0,32	1,10	0,32	0,27	0,97	0,55	1,94	3,01
11	0,97	0,55	0,32	0,27	0,65	0,55	0,97	-	2,91	1,37
12	1,62	0,55	1,62	0,27	1,29	0,27	2,59	0,82	7,12	1,92
13	1,62	3,56	1,62	1,10	0,97	2,19	0,97	2,47	5,18	9,32
14	0,32	0,55	1,29	1,10	0,32	0,55	1,29	1,92	3,24	4,11
15	1,29	1,64	2,27	2,74	1,62	4,38	2,27	1,92	7,44	10,68
16	1,94	1,10	0,32	1,10	2,91	1,10	1,62	1,64	6,80	4,93
Total	26,54	25,75	17,80	18,63	21,36	28,77	34,30	26,85	100	100

1) NERVOSISMO; 2) QUEIXAS SOMÁTICAS; 3) DIFICULDADE PARA LIDAR COM PERDAS; 4) ANSIEDADE, INSEGURANÇA, MEDO; 5) PROBLEMAS NO RELACIONAMENTO FAMILIAR; 6) QUEIXAS VAGAS; 7) TRABALHO, PRODUTIVIDADE; 8) DEPRESSÃO, DESÂNIMO; 9) ENCAMINHANDO POR OUTRA PESSOA; 10) DIFICULDADES SEXUAIS; 11) SENTIMENTO DE SOLIDÃO; 12) AUTO-CONHECIMENTO; 13) DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO COM O SEXO OPOSTO; 14) TIMIDEZ; 15) DIFICULDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL; 16) OUTROS.

Observou-se nesta tabela que os processos foram predominantemente concluídos nos dois anos em discussão (65,70% - 1997; 73,15% - 1998) e, destes, os que não tiveram necessidade de encaminhamento atingiram o maior índice em 1997, com 26,54% da amostra total deste ano, e com encaminhamento para instituição externa atingiu o maior índice da amostra total em 1998, 28,77%. Entre os processos interrompidos, verifica-se que houve um decréscimo relativo de 1997 para 1998, pois estes representaram 34,30% da amostra total de 1997 e 26,85% da amostra total de 1998. Na seqüência, a Tabela 6 apresenta a distribuição destes sujeitos em função do desfecho e do número de sessões realizadas.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS EM FUNÇÃO DO DESFECHO E DO NÚMERO DE SESSÕES REALIZADAS.

DESFECHO/ Nº REAL SESSÕES	CS		CEI		CEE		INT.		TOTAL	
	97	98	97	98	97	98	97	98	97	98
1	-	-	-	-	0,47	-	12,56	10,25	13,02	10,25
2	0,47	-	-	-	-	-	7,44	3,69	7,91	3,69
3	-	-	-	-	0,47	1,23	4,19	3,28	4,65	4,51
4	0,47	-	-	-	0,47	-	2,79	3,28	3,72	3,28
5	-	-	0,93	-	1,40	-	3,26	0,82	5,58	0,82
6	0,47	-	0,93	-	0,47	0,41	0,47	0,82	2,33	1,23
7	0,47	0,41	1,86	2,05	2,33	2,46	2,33	1,23	6,98	6,15
8	1,40	1,64	0,93	2,05	0,93	3,28	1,86	2,87	5,12	9,84
9	3,26	6,56	2,33	1,23	3,26	2,87	0,47	0,41	9,30	11,07
10	6,51	3,28	5,12	3,28	2,33	4,51	0,47	-	14,42	11,07
11	4,65	4,10	1,86	1,64	2,33	2,87	0,93	-	9,77	8,61
12	4,19	2,87	1,40	2,46	3,72	5,33	-	-	9,30	10,66
13	1,86	2,05	0,93	0,82	-	3,28	-	-	2,79	6,15
14	1,40	0,41	1,40	1,64	0,93	0,82	-	-	3,72	2,87
15	0,47	0,82	0,47	0,41	0,47	0,41	-	-	1,40	1,64
Outros	-	0,82	-	4,10	-	3,28	-	-	-	8,20
Total	25,58	22,95	18,14	19,67	19,53	30,74	36,74	26,64	100	100

Observa-se na Tabela que os casos interrompidos tiveram duração até 11 sessões realizadas em 1997 (36,74% do total de 1997) e até 9 sessões realizadas em 1998 (26,64% do total de 1998). As interrupções ocorreram principalmente até a segunda sessão nos dois anos (20,00% em 1997 e 13,94% em 1998). Os casos concluídos (63,25% do total destes casos em 1997 e 73,36% em 1998) tiveram duração desde 1 até 15 sessões realizadas, com durações mais freqüentes entre 9 e 12 sessões (40,96% da amostra de 1997 e 47,56% da amostra de 1998).

Discussão.

Observou-se, tanto nos atendimentos de 1997 quanto de 1998, predomínio da população de sexo feminino, solteira, com idade entre 18 e 27 anos e grau de instrução superior incompleto. Embora haja relativamente menos estudos de caracterização de população adulta, outros serviços de saúde mental verificam perfil semelhante quanto ao predomínio de mulheres jovens e solteiras (Yukimitsu, Mito, Enéas & Yoshida, 1992; Santos, Moura, Pasian & Ribeiro, 1992; Santos & Beltrame, 1995). O aspecto da escolaridade mostra-se especialmente interessante, pois parece refletir o local de prestação do serviço na medida em que as clínicas-escola tendem a mostrar níveis mais elevados de escolaridade do que o verificado em outros serviços (Silva & Figueiró, 1991), excetuando-se uma delas (Aguirre e cols, 2000). A clínica referida no presente estudo tem uma localização geográfica peculiar, por situar-se no *campus* de uma universidade em área central da cidade de São Paulo. Esta localização pareceu favorecer a procura de universitários – refletida no grande número de atendimentos a esta fatia da população. Estar no centro poderia favorecer a procura de outros indivíduos para ali encaminhados, em função da facilidade de acesso. Faz-se necessário o aprofundamento desta análise para verificar as fontes

de encaminhamento e se houve mudança na procura nos anos seguintes em função da alteração no endereço da clínica.

Quanto ao levantamento das queixas, este pareceu relevante porquanto representa uma primeira oportunidade para identificar a demanda da população. Verificou-se que a população feminina apresentou média de queixas maior que a masculina apenas em 1998, quando houve ligeira diminuição da média para o grupo dos homens e simultâneo aumento para o grupo feminino. As queixas relacionadas à timidez, produtividade e queixas vagas em 1997 e de auto-conhecimento em 1998, tiveram índices maiores para os homens.

Houve pequena diminuição no índice de queixas somáticas de um ano para outro, talvez por ter havido em 1998 estágio com atendimento específico para questões psicossomáticas. As queixas de dificuldade de relacionamento – interpessoal e com o sexo oposto – tiveram aumento relativo de 7,38%, índice superior ao montante verificado para diversas outras queixas. Paralelamente, a diminuição no índice de procura por “auto-conhecimento” – 5,20% - pode sugerir que os indivíduos tenham podido expressar melhor suas dificuldades no ano de 1998. A busca por auto-conhecimento supõe uma demanda de psicanálise, que não seria atendida em um processo breve. Contudo, os desfechos destes processos em 1997 sugerem que possam ter sido satisfatórios.

Queixas de dificuldade de relacionamento têm sido predominantes também em outros serviços (Santos, Pasian, Moura & Ribeiro, 1992; Salinas & Santos, 1999). Estudo realizado no mesmo local que o presente verificou, em momento diferente do atendimento, significativa porcentagem de dificuldades diversas de relacionamento: 20,6% das queixas apresentadas no momento da triagem (Rocha Júnior, Castro & Cayres, 1998). Este dado condiz com o suposto tanto na literatura quanto na clínica relativo ao fator mobilizador para a busca de auxílio psicoterápico. Geralmente, os problemas dos indivíduos adultos referem-

se ou incluem dificuldades de ordem afetivo-relacional, sendo este o setor da personalidade considerado central no sistema adaptativo proposto por Simon (1996).

Embora a análise das queixas constitua um bom início de investigações, uma análise mais minuciosa dos processos terapêuticos requer que se avalie a semelhança entre a queixa e o foco combinado para o processo, de forma articulada com o desfecho e a consecução dos objetivos estabelecidos.

Relativamente ao desfecho dos processos, observou-se diminuição relativa nos casos concluídos sem encaminhamento e aumento relativo nos encaminhamentos externos. Estas diferenças, contudo, não se mostraram estatisticamente significativas, o mesmo acontecendo com a diminuição relativa dos casos interrompidos. Desta forma, o comportamento dos processos manteve-se semelhante nos dois anos do estudo.

Quando se trabalha com psicoterapia breve, é esperado que sejam estabelecidos objetivos específicos a serem atingidos em um tempo delimitado (Yoshida, Coelho Filho & Enéas, 1997). Supõe-se fazer ao menos o mínimo possível ao paciente no momento da procura (Chermont e cols, 1981), dentro de uma hierarquização de objetivos, de forma que não necessariamente todos sejam atingidos ao final de um mesmo processo (Enéas, 1999). A prioridade é sempre a melhora do funcionamento adaptativo do sujeito (Simon, 1983), sendo que outros processos podem ser propostos posteriormente quando da realização de entrevistas de acompanhamento. Isto permite reavaliar a necessidade do paciente e sua condição para engajar-se em nova psicoterapia. Evidentemente, alguns casos podem demandar intervenção específica, seja pela gravidade do quadro ou pela motivação do paciente requerendo, assim, o encaminhamento para outra modalidade terapêutica. Considerando estes aspectos, seria esperado um índice mais elevado de conclusões dos processos sem encaminhamento, até para

aguardar o seguimento. Embora outros serviços contem com índices elevados de encaminhamento (Dios & Silveiras, 1993), o observado nesta amostra sugere a necessidade de uma verificação mais detida das condições dos pacientes para identificar os motivos das indicações que têm sido feita. Isto porque, estudo anterior realizado com os atendimentos de 1997 desta amostra apontou a consecução ao menos parcial dos objetivos propostos para a maior parte dos processo (Santos, Enéas, Cardoso & Cayres, 1999), o mesmo verificado por Oliveira (1999) com outra amostra da população da mesma clínica.

O índice de interrupções observado neste estudo, embora superior ao verificado em pesquisas internacionais, mostrou-se abaixo do índice geralmente apontado nos estudos em nosso meio (Enéas, 1993). Interessante observar que a tentativa de sistematizar a prática psicoterápica na UFRJ levou a um incremento nas altas obtidas, com o número de insucessos caindo de 84,4% para 29% (Amaral, Paranhos, Siqueira, Ribeiro & Galvão, 1985). Os autores consideram que o sucesso das psicoterapias deveu-se à tentativa de atender a expectativa dos pacientes e à motivação dos terapeutas. Como apontado acima, o emprego da PB parece corresponder a estas duas necessidades, sendo provavelmente um dos aspectos responsáveis pelo índice de interrupções situar-se abaixo do verificado no âmbito nacional.

As psicoterapias concluídas nesta amostra tiveram duração principalmente entre 9 e 12 sessões. A duração dos processos, no presente caso, foi definida em Função da duração do semestre letivo, durante o qual os alunos realizam estágio em Psicoterapia Breve de Adultos. A literatura não apresenta consenso quanto a duração mais adequada para um processo breve; existem sugestões desde 4 (Gillieron, 1983/1993) até 40 sessões (Malan, 1976/1981), sendo 12 sessões um número freqüentemente sugerido (Mann, 1973; Simon, 1983, entre outros). Assim, parece que os processos ora em estudo tiveram uma duração compatível

com o que tem sido proposto por estudiosos da área. Contudo, parece que sua principal vantagem é oferecer condições para que um mesmo aluno acompanhe um processo completo – com começo, meio e fim – o que lhe permite uma visão mais realista da atuação futura, incluindo um envolvimento genuíno com o ser humano a quem caberá cuidar o mais pronta e eficientemente possível. Outra vantagem de uma duração menor diz respeito ao paciente. A duração de um semestre letivo torna muito próximo o momento do início do processo do momento do seu término. desta forma, este deverá necessariamente ser não só previsto – como é exigência da técnica – mas também comunicado e discutido com o paciente desde as fases mais precoces. se o paciente tiver condições de empenhar-se e participar mais ativamente, esta conscientização do limite temporal fará com que aumente sua participação para alcançar o objetivo desejado (Mann, 1973). Este aspecto, como apontado acima, pode ter favorecido a obtenção de índices menores de interrupção. Entretanto, a falta de percepção dos próprios recursos pode levar o paciente a deixar o processo. No presente estudo, a maior parte das interrupções ocorreu ainda no início dos processos. Corroborando a suposição acima.

Evidentemente, estas interrupções necessitam uma investigação mais detalhada que permita identificar recursos pessoais e necessidades desses pacientes a fim de melhor atender as demandas apresentadas.

Os resultados observados sugerem que o uso da psicoterapia breve tem sido útil tanto para a formação dos alunos como para boa parte dos pacientes. Contudo, faz-se necessário o aprofundamento dos estudos, tanto das condições da clientela quanto dos processos realizados. Isto permitiria conhecer melhor a demanda, identificar aspectos sugestivos de sucesso/ fracasso nos atendimentos e aprimorar o ensino da técnica.

Referências Bibliográficas.

- AGUIRRE, A M.B.; HERZBERG, E.; PINTO, E.B.; BECKER, E.; CARMO, H.M.S. & SANTIAGO, MD.E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. Psicologia USP, 11 (1), 49-62.
- AMARAL, M.; PARANHOS, A V.A; SIQUEIRA, L.G.S.; RIBEIRO, T.C.C. & GALVÃO, V.C. (1985). Em busca de uma maior sistematização da prática psicoterápica ambulatorial do Instituto de Psiquiatria – UFRJ. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 34 (6), 399-404.
- ANCONA-LOPES, M. (1995). Clínica psicológica: espaço de tensões. Resumos da XXV Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 71.
- BARBOSA. J.I.C. & SILVARES, E.F.M. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. Estudos de Psicologia, 11, 50-56.
- CASTRO, P.F. (2000). A psicoterapia breve como modalidade de atendimento em clínica-escola: relato de uma experiência. Anais do 2º Encontro de Psicoterapia Breve de Adultos e de Crianças. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve e Universidade Presbiteriana Mackenzie. pp.54-59.
- CHERMONT, J.M.A; BOSCHI, S.M.A; SAGGESE, E.G.; TEIXEIRA, S.B.S.; LEITE, M.E.D.; NAIDIN, R.; GROISMAN, M.; KUSNETZOFF, J.C.; JOSEF. R.R.; MAGALHÃES, N.; NASCIMENTO, L.F.W.; BASTOS, A E. S. & COSTA, M.C.P. (1981). A cura de objetivo mínimo: uma experiência em psicoterapia breve na adolescência. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 30 (4), 349-356.
- DIOS, V.C. & SILVARES, E.F.M. (1993). Conhecer para que se possa atuar – caracterização da clientela infantil de um hospital-escola de São Paulo.

- Resumos de Comunicações Científicas da XXIII Reunião Anual de Psicologia. Sociedade Brasileira de Psicologia, p.170.
- ENÉAS, M.L. E. (1993). O critério motivacional na indicação de psicoterapias breves de adultos. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- ENÉAS, M.L.E. (1999). Uso da Escala Rutgers de Progresso em Psicoterapia na exploração de processos psicoterápicos. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- ENÉAS, M.L.E.; GATTI, A.L. & SCHINCARIOL, M.F. (1996). Evolução do perfil da clientela e avaliação do atendimento em ambulatório de psicologia. Resumos de Comunicações Científicas da XXVI Reunião Anual de Psicologia. Sociedade Brasileira de Psicologia, p.74.
- ENÉAS, M.L.E.; GATTI, A.L. & SCHINCARIOL, M.F. (1997). Sexo e queixa: adequação do atendimento à demanda em serviço ambulatorial. Resumos de Comunicações Científicas da XXVII Reunião Anual de Psicologia. Sociedade Brasileira de Psicologia, p.73.
- FAGUNDES JUNIOR, H.M.; GOMES, M.P.C.; SILVA, J.P.L.; LIBÉRIO, M.; REIS, V.L.M.; CARVALHO, A.L.; CHAVES, C. & ZAPPA, M. (1996). O censo da população de internos em hospitais psiquiátricos na cidade do Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 45 (9), 519-521.
- FIGUEIRÓ, M.B. & MARTURANO, E.M. (1991). Análise da demanda infantil no serviço de psicologia de um centro de saúde. Comunicações Científicas em Psicologia da XXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Vol 1, ano 1, p.235.

- GILLIÈRON, E. (1993). Introdução às psicoterapias breves. (M.F.Tanis, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1983)
- GORAYEB, R.; COLARES, M.F.A & BESSA, L.C.L. (1992). Descrição da população atendida e das técnicas psicoterápicas utilizadas num serviço público de psicologia. Resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 279.
- HAHN, M.S. & FERRAZ, M.P.T. (1998). Características da clientela de um programa de saúde mental para estudantes universitários brasileiros. Revista ABP-APAL, 20 (2), 45-53.
- MALAN, D.H. (1981). As fronteiras da psicoterapia breve. (L. Knijnik & M.E.Z.Schestatsky, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1976)
- MANN, J. (1973). Time-limited psychotherapy. Cambridge: Harvard University Press.
- MITO, T.I.H. (1998). Reflexões sobre os limites e o alcance das abordagens breves nas clínicas-escola. Anais do VI Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Itatiba, 20-26.
- MITO, T.I.H.; LEE, LC.; ALBERTINI, M.R.B. & PROVEDEL, V.L.S. (1999). Caracterização da clientela infantil na clínica-escola: reflexões sobre o atendimento na área de intervenções breves. Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 91.
- MOURA, L. & SANTOS, M. A (1991). Projeto piloto de instalação do serviço de recepção à clientela de uma clínica-escola de psicologia. Comunicações Científicas em Psicologia da XXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Vol 1, ano 1, p.263.

- OLIVEIRA, I.T. (1999). Atendimento psicológico em clínica-escola: uma avaliação comparativa dos serviços oferecidos. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- ROCHA JUNIOR, A. E SÁ, A.A. (1997). Currículos de psicologia: uma análise crítica. Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica, Universidade Mackenzie, 145-147.
- ROCHA JUNIOR, A ; CASTRO, P.F. & CAYRES, A Z.F. (1998). Categorização dos tipos de queixas apresentadas por pacientes adultos em uma clínica-escola. Anais do VI Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Universidade São Francisco, Itatiba, pp. 32-37.
- SALINAS, P.A & SANTOS, M.A (1999). Avaliação de resultados e benefícios obtidos em processo terapêutico: aplicação do *Strupp's Rate Questionnaire* em usuários de um serviço de psicoterapia de uma clínica-escola. Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 92.
- SANTOS, C.M.; ENÉAS, M.L.E.; CARDOSO, S. & CAYRES, A Z.F. (1999). Análise dos atendimentos de adultos em clínica-escola: queixa, focalidade, desfecho e resultado. Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 92-93.
- SANTOS, M.A (1996). O mal estar da formação. Anais do IV Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Universidade Paulista, pp. 127-169.
- SANTOS, M.A. & BELTRAME, E.C.C. (1995). Demanda de atendimento psicológico: quem está procurando assistência psicológica em nossa realidade? Resumos da XXV Reunião anula de Psicologia, Sociedade Brasileira de Psicologia, p.298.
- SANTOS, M.A ; MOURA, L.; PASSIAN, S.R. & RIBEIRO, P.L.L. (1992). Análise da demanda adolescente e adulta em uma clínica-escola de psicologia.

Resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 277.

SANTOS, M. A ; PASSIAN, S.R.; MOURA, L & RIBEIRO, P.L.L. (1992).

Caracterização dos motivos de procura de atendimento psicológico em uma clínica-escola. Resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 278.

SCHMIDT, M.L. (1992). Clínica-escola, escola da clínica? Boletim de Psicologia, 42 (96/97), 99-103.

SILVA, R.C. & FIGUEIRÓ, M.B. (1991). Caracterização da clientela adulta que procura os serviços de clínica médica do centro de saúde escola – unidade central de Ribeirão Preto. Comunicações Científicas em Psicologia, 1(1), XXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, p. 234.

SIMON, R. (1983). Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos. São Paulo: Vetor.

SIMON, R. (1983a). Algumas observações sobre grupos psicoterápicos, operativos e psicoterapia breve em instituições. Boletim de Psiquiatria, 16 (4), 193-208.

SIMON, R. (1996). Do diagnóstico à psicoterapia breve. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 445, 403-408.

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, 40, (4), 87-97.

TOSSITO, A M. L. & MARTURANO, E.M. (1999). Caracterização da clientela infantil e dos serviços de atendimento multidisciplinar em uma instituição vinculada à universidade. Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 269.

- YOSHIDA, E.M.P. (1997). Psicoterapia focal de abordagem psicodinâmica: prática com pacientes adultos. Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica, Universidade Mackenzie, 17-20.
- YOSHIDA, E.M.P.; COELHO FILHO, J.G.; ENÉAS, M.L.E.; GATTI, A.L. & XAVIER, I.A (1994). Exercício de psicoterapia breve em instituições de saúde de Campinas – SP. Revista de Psicologia Hospitalar do HC, 4 (1), 20-25.
- YOSHIDA, E.M.P.; COELHO FILHO, J.G. & ENÉAS, M.L.E. (1997). Ensino de psicoterapia breve em curso de especialização. Anais do V Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Universidade São Judas Tadeu, pp. 33-37.
- YUKIMITSU, M.T.C.P.; MITO, T .I.H.; ENÉAS, M.L.E. & YOSHIDA, E.M.P. (1992). Caracterização da população adulta atendida no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve (NEPPB). Resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 281.

Contatos: Universidade Presbiteriana Mackenzie
Faculdade de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Rua Itambé, 145 – Prédio 14 – 1º andar
Higienópolis – São Paulo – SP
01239-902
E-mail: psicoclinica@mackenzie.br
mleeneas@mackenzie.com.br
joss_anny@ig.com.br