

Crianças em risco: abandono de psicoterapia

Maria Lúcia Tiellet Nunes

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, RS, Brasil*

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

Edna Maria Marturano

*Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil*

Margareth da Silva Oliveira

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, RS, Brasil*

RESUMO

O presente estudo investigou as mudanças nas representações acerca da maternidade em uma mãe com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê. Foi utilizado um delineamento de estudo de caso único, sendo que as representações maternas foram examinadas em três momentos: antes, durante e após a psicoterapia. Os relatos foram analisados a partir de quatro eixos interpretativos que constituem a constelação da maternidade de Stern (1997) vida-crescimento; relacionar-se primário; matriz de apoio; e reorganização da identidade. Os resultados revelaram que as mudanças nas representações da mãe acerca do relacionamento com a sua própria mãe desempenharam um papel central na reelaboração de esquemas a respeito de si mesma, do bebê e do relacionamento conjugal. Aponta-se para a efetividade da utilização dos temas da constelação da maternidade como eixos interpretativos na avaliação de processo psicoterápico envolvendo pais e bebê.

Palavras-chave: Representações maternas; depressão materna; psicoterapia breve pais-bebê.

ABSTRACT

Children at risk: psychotherapy drop-out

The present study investigated the changes in the representations concerning motherhood in a mother with depression indicators, during a brief parent-infant psychotherapy brief parent-baby. A single-case study design was used, and the maternal representations were examined at three moments: before, during and after the psychotherapy. The reports were analyzed starting from four interpretative axes that were based on Stern's (1997) motherhood constellation: life-growth; primary relationship; support matrix; and reorganization of identity. The results revealed that the changes in mother's representations concerning the relationship with her own mother played a central part in the working through schemes regarding herself, the baby and the marital relationship. The effectiveness of the use of motherhood constellation themes as interpretative axes in the evaluation of parent-infant psychotherapeutic process is emphasized.

Keywords: Maternal representations; maternal depression; brief parent-infant psychotherapy.

RESUMEN

Niños en riesgo: drop-out de psicoterapia

El presente texto hace una revisión de la literatura sobre el abandono de la psicoterapia con niños. Con respecto a ese tema, las autoras presentan datos de trastornos mentales en la infancia, hablan de la importancia de tratamiento para los niños de esa etapa del desarrollo, discuten investigaciones brasileñas sobre el abandono de la terapia por parte de la clientela infantil y hacen sugerencias de medidas para disminuir el problema.

Palabras clave: Psicoterapia con niños, drop-out de psicoterapia.

PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS

Estudos epidemiológicos documentam a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças: cerca de 20% (Roth e Fonagy, 2005). Na América Latina, quase 17 milhões de crianças de cinco a sete anos de

idade apresentam distúrbios mentais e necessitam tratamento (World Health Organization, 2001). No Brasil, 10% a 20% das crianças sofrem de doenças psiquiátricas (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004), mas poucas chegam a receber um atendimento e é ainda menor o número de crianças que completam o

tratamento proposto (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2001). Uma criança não atendida pode desenvolver futuras psicopatologias, pois “o que se silencia na infância, manifesta-se a grito na adolescência” (Kancyper, 1999, p. 77).

A psicoterapia tem sido de ajuda para alívio do sofrimento psíquico e retomada do desenvolvimento (Pearsall, 1997). Para Prebianchi e Cury (2005), a psicoterapia apresenta importância social ao capacitar e apoiar a família nos cuidados às crianças, e por isso a família deve ser incluída no processo terapêutico, pois as possibilidades de constituição do sujeito estão ligadas à família. O desenvolvimento infantil apresenta conflitos próprios, que podem se expressar com sintomas físicos e/ou psicológicos, que podem terminar com o tempo ou persistir. A psicoterapia pode torna-se indispensável para que o desenvolvimento retorne ao seu curso (Dian e Nunes, 2008). Mesmo assim, a pesquisa sobre psicoterapia na infância, apesar de sua importância para os profissionais de saúde mental, segundo Deakin e Nunes (2008), em revisão da literatura especializada, tem sido escassa.

Os efeitos da psicoterapia devem ser estudados para além da sintomatologia das crianças, e contemplar o impacto dos sintomas no desenvolvimento psicológico, social e educacional de uma criança. Os tratamentos necessitam atentar para a capacidade de facilitar mudanças num spectrum de aspectos de adaptação psicológica (Target e Fonagy, 2005).

Na psicoterapia com crianças, alguns aspectos importantes diferenciam os desafios de tal empreendimento com adultos: em primeiro lugar, as crianças dependem dos adultos, em especial do pai e da mãe e podem se tornar vulneráveis a determinados aspectos dos adultos, diante dos quais não têm controle, o que podem atuar sobre a natureza e a severidade dos problemas da criança: a relação do casal, a saúde mental dos pais, estressores, condições socioeconômicas (Dadds e MacHugh, 1992; Weisz e Weiss, 1991; Kazdin, 1995).

Segundo, aquilo que pais, professores e a própria criança informam sobre o problema apresenta baixo índice de concordância (Achenbach, McConaughy e Howell, 1987; Kazdin, 1994). Isto é particularmente sério, pois informações derivadas destes informantes são essenciais para avaliação dos problemas e planejamento do tratamento. Considerando o aspecto da baixa concordância entre pai e mãe sobre o/a mesmo/a filho/a, Borsa e Nunes (2008) pesquisaram 146 casais, com filhos/as entre de 6 a 10 anos, em Porto Alegre, RS, com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças ou Adolescentes – CBCL (Achenbach, 2001). A concordância foi moderada entre as respostas de pais e mães para a Escala de Problemas de Comportamento Internalizante e para a Escala de Problemas de

Comportamento Externalizante, e foi baixa para a Escala Total de Problemas de Comportamento; ou seja, pais e mães observaram a mesma criança e suas características de comportamento de forma distinta, talvez em função da qualidade da relação parental e da quantidade de tempo que dedicam aos/às filhos/as (Achenbach, 1992; Duhig, Renk, Epstein et al., 2000; Achenbach, 2006). Esses dados são importantes para a discussão da psicoterapia com crianças porque são os pais e as mães que mantêm o tratamento – se discordam em sua percepção sobre a criança, isso pode redundar em abandono de tratamento.

Como terceiro ponto, uma criança pode chegar ao atendimento com dois ou mais transtornos, o que é comum (Anderson, Williams, Mc Gee e Silva, 1987). E por último, é essencial não esquecer que a criança está em desenvolvimento (Roth e Fonagy, 2005), e muitos problemas emocionais e de comportamento na infância têm diferentes significados em diferentes idades; problemas só se tornam disfunções em potencial quando não examinados e não atendidos (Lis, Zennaro e Mazzeschi, 2001).

EFETIVIDADE E ABANDONO DE PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS

Em centro de atendimento psicoterapêutico em Porto Alegre, RS, foram estudados oito meninos e 15 meninas em atendimento terapêutico, comparados com 10 meninos e 12 meninas que serviram como controles, com idades entre seis e 11 anos e, com isso, Deakin e Nunes (2009a) documentaram a efetividade da psicoterapia psicanalítica com essas crianças após um ano de psicoterapia psicanalítica, pois houve diferenças significativas no grupo de crianças submetidas a tratamento, em comparação com aquelas do grupo controle. Foi encontrado: 1) diminuição de ansiedade, insegurança e medos, e problemas escolares; no CBCL, respondido pelos pais, foi observada a diminuição de sintomas de ansiedade e depressão; a diminuição de ansiedade também foi encontrada na análise da ficha de evolução do paciente preenchida pelo terapeuta; 2) diferenças significativas no CBCL em relação a problemas de pensamento, retraimento, introversão e escala total, indicando uma melhora global da criança; 3) em variáveis medidas pelo Rorschach, houve melhora no contato afetivo interpessoal e na capacidade de controlar impulsos; 4) de acordo com relato do terapeuta, as crianças apresentaram melhor capacidade de perceber a realidade sem tantas distorções; 5) a maioria das crianças que se mantiveram em atendimento eram meninas, que apresentavam transtornos internalizantes, grupo para o qual a intervenção psicanalítica se mostrou mais efetiva.

Avaliação de efetividade de terapia pode ser realizada através da taxa de abandono (Hunt e Andrews, 1992), isto é: essa taxa é a medida da qualidade da psicoterapia oferecida por um serviço. Nas clínicas-escola, são três os problemas derivados do abandono de psicoterapia: um problema clínico, pois quem busca terapia não recebe o benefício esperado; um problema pedagógico associado à autoimagem e à autoestima do profissional prestes a formar-se e a ingressar no mercado de trabalho ou na pós-graduação (Goldberg, 1995); e um problema para a própria clínica-escola em sua imagem. Dentre os estudos sobre abandono em psicoterapia, apenas 1% a 2% investigam crianças ou adolescentes (Kazdin, 1996). Se uma criança inicia um tratamento e nele se mantém, conseguirá aproveitar o mesmo, entretanto, as taxas de abandono nas psicoterapias com crianças giram entre 40% e 60% (Kazdin, 1994).

No Brasil, estudos sobre abandono em psicoterapias apontam para taxas entre 25 e 60% dos casos pesquisados: 33,2% em Campinas, SP (Botega, Fontanella, Gonçalves e Rodrigues, 1988); 46% em Ribeirão Preto, SP (Marturano, Degani, Alves e Miranda, 1993); 39,3% em Belo Horizonte, MG (Melo e Guimarães, 2005), 49,5% em Pelotas, RS (Lhullier, Nunes e Horta, 2006); em Porto Alegre (RS), entre 76,4 e 94,12% (Jung, Nunes e Eizirik, 2007). Em Porto Alegre, RS, dentre 993 crianças entre três e 12 anos, somente 7,98% teriam abandonaram seus atendimentos – entretanto essa percentagem deve ser vista com cuidado, pois a amostra total era de 2106 crianças, mas de 32,3% não havia registro do desfecho do atendimento (Gastaud e Nunes, 2009). Tal problema é comum aos estudos retrospectivos, mas, segundo Goldim (1998), terapeutas devem atentos para registrar fatos importantes da evolução dos casos, o que é dever profissional. Não manter os registros pode caracterizar negligência, “falta de observação dos deveres profissionais” (p. 124), um dos três erros profissionais (imperícia, imprudência e negligência).

Nos estudos sobre abandono de terapia, o delineamento do estudo pode ser um problema, visto que a variável abandono de tratamento aparece com distintas definições, o que explica, dentre outros fatores, a contradição dos achados. Essa situação é tal que pode ser usada a expressão “definition chaos” para caracterizar as pesquisas sobre abandono (Armbruster e Schwab-Stone, 1994), uma vez que as inconsistências são a regra e não a exceção (Kazdin, 1996). Mesmo sem poder resolver a questão da definição de abandono de psicoterapia, estudos brasileiros documentam que as taxas de abandono e a análise de preditores de abandono de psicoterapia.

Marturano e Panaia (2006) relatam resultados de levantamentos não publicados, feitos em uma clínica-escola brasileira, indicando que de 14% a 51% dos pacientes deixaram seus tratamentos antes da alta, e os fatores associados a esse desfecho foram: criança mais jovem, menos tempo de escolaridade, menor potencial intelectual, menos problemas de comportamento, eventos adversos recentes na vida pessoal da criança, pai e mãe mais jovens, pai com menor escolaridade, família mais exposta a adversidades no início do atendimento, família mais exposta a adversidades por ocasião do abandono, famílias com percepção menos favorável da criança, famílias com práticas educativas coercitivas ou inconsistentes, tendência prévia ao absenteísmo.

Em estudo empírico, retrospectivo, em clínica-escola de Pelotas, RS, 492 pacientes, independente de sexo e idade, que realizaram psicoterapia entre os anos de 1995 e 2000, tiveram seus protocolos estudados na busca de preditores de abandono, entendido como o fato de “o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do terapeuta, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de terapia, cessa de fazê-lo, definitivamente, independente do motivo que o levou a isso” (Lhullier, Nunes e Horta, 2006, p. 229). Foi encontrado que quanto mais jovem o paciente, maior a possibilidade de abandono de tratamento; entre zero e 15 sessões predominam os abandonos sobre as altas, sendo que dobra as chances de abandono antes da oitava visita; quando o paciente falta mais de cinco vezes, as chances de abandono dobram; o intervalo de mais de 30 dias entre a avaliação diagnóstica e a psicoterapia apresenta-se duas e meia vezes mais associado ao abandono do que o intervalo de menor duração; o primeiro trimestre apresenta maior tendência ao abandono de terapia; as trocas de terapeuta, tanto antes da terapia (no intervalo entre avaliação e terapia) como no decorrer desta, nos pacientes com menos sessões, estão associadas à maior chance de abandono.

Em outra pesquisa empírica, retrospectiva, realizada em instituições de atendimento terapêutico em Porto Alegre, RS, foram pesquisados prontuários de 2106 crianças. Destas, 200 tiveram alta e 793 abandonaram seus atendimentos. Os grupos foram comparados e os resultados indicam que meninos apresentam mais risco de abandonar o tratamento; crianças encaminhadas por neurologistas ou por psicólogos apresentam menos risco de abandono. Após o sexto mês de atendimento, o risco de abandono decai consideravelmente (Gastaud e Nunes, 2009).

Já em delineamento prospectivo, em instituição de formação psicoterapêutica em Porto Alegre, RS, Deakin e Nunes (2009b), buscaram comparar uma amostra de 24 crianças que completaram 12 meses

de psicoterapia psicanalítica com uma amostra de 38 crianças que interromperam prematuramente o tratamento, fenômeno definido como a interrupção da psicoterapia psicanalítica antes de completar 12 meses de tratamento por decisão unilateral do paciente e/ou sua família, sem a concordância do terapeuta. Dezoito meninos e 27 meninas com idades entre seis e doze anos foram distribuídos em dois grupos (G1 versus G2), em tratamento quase-experimental de medida única antes do início da psicoterapia psicanalítica individual. Os dados sociodemográficos, clínicos e dos resultados dos testes foram associados com a permanência na psicoterapia psicanalítica por 12 meses e seguimento do tratamento até a alta combinada e com o abandono da psicoterapia antes dos 12 meses ou por alta combinada. Os resultados apontam que mais meninos abandonam o tratamento, apresentavam problemas de comportamento e falta de atenção como motivos de consulta, ou seja, problemas externalizantes, que vinham à psicoterapia uma vez por semana ou que só realizaram a avaliação antes de interromperem o tratamento.

Silvares (2006) propôs que se intitule abandono ou evasão quando há ruptura ou interrupção (declarada ou não) do vínculo existente entre o cliente e a instituição de atendimento psicológico sem que haja acordo entre ambas as partes sobre a ruptura. Assim, abandono inclui os casos de desistência, mas não os casos em que há interrupção do tratamento porque o motivo da busca já não existe mais, como no caso de uma criança cujo quadro de enurese não mais existe em função da remissão espontânea. Entendendo que o processo clínico inclui não só o tratamento, mas todos os passos que o antecedem, tal designação – abandono – significa a ruptura desde a etapa de inscrição, até a finalização do tratamento ou então quando não há o reconhecimento, tanto pela instituição como pelo cliente, de que o motivo inicial para o tratamento não mais existe.

Por outro lado, Silvares (2006) reconhece dois grandes grupos temporais de desistência, a saber: desistência pré-tratamento e desistência no tratamento. Para a desistência pré tratamento propôs dois estágios (1) desistência depois da inscrição, (2) desistência depois da triagem e como DPT a sigla para desistência pré-tratamento. Para a desistência no tratamento, que pode abranger a (1) desistência no início do tratamento e a (2) desistência ao final do tratamento), com a sigla DT, a desistência no tratamento. Os dois subtipos de DPT poderiam ter como siglas DPTi – desistência depois da inscrição e DPTt – desistência depois da triagem. Já os dois subtipos de DT seriam DTi, desistência ao início do tratamento e de DTt desistência tardia (desistência antes da alta pelo profissional da saúde) O abandono por sua vez seria a junção do DPT com o DT. Com esse esquema, foi realizado um estudo para analisar uma estratégia de inscrição e triagem, utilizada pelo Laboratório de Terapia Comportamental – LTC – da clínica-escola do IPUSP, São Paulo, SP, com fins preventivos à evasão da clientela. Foi pesquisado o percurso de 228 famílias que trouxeram seus/suas filhos/filhas para atendimento, no período de julho de 2004-julho de 2006, no Projeto Enurese, e os diferentes momentos de perda de clientes em diferentes estágios do processo de tratamento da enurese.

A Tabela 1 resume o percurso das famílias inscritas, triadas e tratadas no Laboratório de Terapia Comportamental (LTC), em função dos problemas de enurese noturna em seus/suas filhos/filhas (crianças e adolescentes), e as respectivas taxas de desistências, no período de julho de 2004-julho de 2006. No caso, as famílias de crianças com enurese que deixaram de se interessar pelo tratamento em função da remissão espontânea delas, a família não foi considerada desistente e, portanto não foi incluída entre as que abandonaram o tratamento.

TABELA 1
Estágios das famílias no processo de tratamento no LTC

<i>Estágios das famílias</i>	<i>N</i>	<i>Tipo desistência</i>	<i>Taxa de desistência/abandono</i>	<i>Clientes em remissão</i>
Inscritas (Ins)	228			
Encaminhadas da Inscrição para Triagem (-67)	161	DPTi	.294	-7
Triadas (Tri) (-19)	154	DPTt	.083	
Encaminhadas da Triagem para o Tratamento inicial (-52)	125	DPT	.378	-22
Iniciaram o tratamento	102		.447	
Desistiram do tratamento no seu início (-4)	4	DTi	.017	
Desistiram do tratamento antes do final (-19)	19	DTf	.039	
Sem informação sobre o momento de ruptura (-5)	05	indefinido	.021	
Finalizaram o tratamento	74	DT	.32	
Permaneceram da Inscrição até o final do tratamento ou tiveram remissão	93	Abandono	.59	

Dos 228 clientes após a inscrição desistiram (DPTi) 67 (29,4%) e 7 (3,1%) apresentaram remissão espontânea, isto é, deixaram de se encaixar nos critérios diagnósticos para enurese pelo DSM-IV (APA, 2002). Ou seja, porque pararam de “molhar” a cama ou reduziram a frequência deste comportamento a menos de duas vezes por semana, sem nenhuma intervenção prévia. Deste modo, apenas 154 clientes (67,5% da amostra total) dos inscritos foram encaminhados à triagem. Dentre esses, houve 52 perdas – 30 (19,5%) desistências após a triagem (DPTt) e 22 (14,3%) casos de remissão espontânea. Assim, somente 102 (44,7%) dos clientes inscritos chegaram ao tratamento, sendo que apenas 74 (32%) o finalizaram e 28 (13%) desistiram antes das 30 semanas (DT). Por esses dados, pode-se perceber que a taxa de abandono (DPT+DT) foi superior a 50% dos clientes inscritos (uma taxa de desistência de .599) e que a taxa de desistência prévia (.38) é superior a do tratamento (.32). Por outro lado, os dados evidenciam ainda que as muito poucas famílias que vêm para o tratamento desistem dele logo no seu início (4/28) Esses dados apontados sugerem estar o procedimento novo associado à permanência das famílias no tratamento, mas não se sabe se há uma relação direta entre essas duas variáveis. Sousa, Silveiras e Marturano (prelo), dando continuidade à investigação, entretanto, encontraram que os motivos que levaram as famílias desistentes pré-tratamento a não virem para triagem não são absolutamente idênticos aos motivos que as levam a desistir do tratamento. Seria de grande interesse verificar se resultados semelhantes são obtidos com o novo procedimento no caso de outras queixas infantis

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas que são altas as taxas de abandono de psicoterapia por parte da clientela infantil. Nas clínicas-escola dos cursos de graduação de Psicologia e nos cursos pós-graduados de formação terapêutica, algumas providências podem ser tomadas para de diminuir o abandono de tratamento.

As instituições necessitam garantir registros de todo o processo terapêutico, desde o contato inicial do possível paciente, cuidando dos momentos de triagem e avaliação, descrevendo a evolução do caso, até o dado do desfecho do atendimento/alta ou abandono ou encaminhamento a outros serviços. Ou seja, garantir que a história completa do paciente na instituição seja devidamente guardada. Para tanto, os locais devem ter em suas rotinas de trabalho o exame constante da adequação de formulários, fichas e outros meios de registros, quer em papel quer em meio eletrônico. É preciso garantir que os documentos sejam preenchidos

de forma correta e completa por quem de direito-alguns materiais são preenchidos por pessoal administrativo, outros devem ser preenchidos pelo/a terapeuta e alguns ainda por supervisores/as.

Para a melhor utilização possível dos registros, o encargo da tarefa deve estar junto à supervisão de estágios em clínicas escolas e nos cursos de formação terapêutica. Em estudo realizado por Saraiva e Nunes (2007) sobre a supervisão sob a ótica dos supervisionandos, com 204 estagiários de Psicologia Clínica, realizando Psicoterapia Psicanalítica, vinculados às Clínicas-Escola dos cursos de Psicologia do Rio Grande do Sul; e 134 psicólogos formados, realizando atendimento psicoterapêutico supervisionado nos Cursos de Formação em Psicoterapia Psicanalítica em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, responderam a instrumento sobre impasses na supervisão de psicoterapia. Foi possível demonstrar o quando o supervisionado se percebe atendido e amparado pelo/a supervisor: não se percebem envergonhados ou humilhados frente ao supervisor e nem sentem que o supervisor invade suas vidas pessoais; ao contrário, perceberam que há aprendizado na supervisão, têm seus supervisores como pessoas disponíveis, não se vêem frente a situações de ter que enfrentar um supervisor com idéias pré-estabelecidas e rígidas.

A questão dos registros corretos e completos é essencial nas pesquisas retrospectivas. Essas pesquisas apresentam muitas vantagens: os dados estão coletados; já existe termo de consentimento livre e esclarecido assinado, prática usual nos locais de atendimento em função das exigências éticas; a clínica-escola ou o centro de formação obtém informações muito valiosas sobre suas rotinas de trabalho, sobre suas práticas, sobre características da clientela e, por último, porém não menos importante, sobre resultados de terapia. Com isso, as direções dos locais, o corpo clínico e os/as estagiários/terapeutas em formação podem manter a discussão constante sobre a qualidade dos serviços e planejar aprimoramentos.

No caso de pesquisas prospectivas, o cuidado está no adequado delineamento de pesquisa, nas decisões de trabalhar com o conceito de eficácia ou o de efetividade (Deakin e Nunes, 2008), em ter o necessário tamanho amostral para análises estatísticas inferenciais e nisso o esforço de realizar estudos multicêntricos é a solução, e, por último, mas essencial, tanto nos estudos prospectivos como naqueles retrospectivos, é preciso discutir a definição de abandono. Sobre o tema da definição de abandono, nesse artigo foi exposta a posição de Silveiras (2006). Ainda, há a definição de abandono adotada por Gastaud e Nunes (2009) que utilizaram as seguintes categorias para a psicoterapia psicanalítica: 1) não-aderência: o atendimento é interrompido na

fase de avaliação da psicoterapia, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes ou em situações em que não há indicação de tratamento. Como regra geral, entende-se que a avaliação tenha duração de um mês; 2) abandono: a psicoterapia é encerrada antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-la e independentemente da decisão ter sido uni ou bilateral. O atendimento deve ter tido duração mínima de um mês para o paciente ser considerado abandonante; 3) alta: a psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos.

Os estudos sobre resultados de psicoterapia – retrospectivos ou prospectivos, utilizando o conceito de eficácia ou de efetividade, terão que lidar com a definição de alta e/ou abandono. E estudos de resultados de psicoterapia e de processos psicoterapêuticos são necessários para alavancar a pesquisa brasileira em psicoterapia a patamares internacionais (Nunes e Lhullier, 2003; Jung, Fillippon, Nunes e Eizirik, 2006).

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2006). As others see us – clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 2, 94-98.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavior and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Armbruster, P., & Schwab-Stone, M. E. (1994). Sociodemographic characteristics of dropouts from a child guidance clinic. Hospital and community psychiatry, *American Psychiatric Association*, 45, 8, 804-808.
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*, 18, 317-330.
- Botega, N. J., Fontanella, B., Gonçalves, E. B., & Rodrigues, T. (1988). Ambulatório de psiquiatria em hospital geral – alguns dados do HC/Unicamp. *Revista ABP-APAL*, 109, 57-62.
- Dadds, M. R., & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavior family therapy for child conduct disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 60, 252-259.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2008). Efetividade e eficácia na avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica com crianças. In M. N. Strey, & D. C. Tatim (Orgs.). *Sobre ET's e Dinossauros*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo. pp. 113-141.
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009a). Effectiveness of child psychoanalytical psychotherapy in a clinical outpatient setting. *Journal of Child Psychotherapy*, 35, 3, 290-301
- Deakin, E. K., & Nunes, M. L. T. (2009b). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 1-7.
- Dian, S. V., & Nunes, M. L. T. (2008). Separação-indivuação e complexo de Édipo: conflitos desenvolvimentais a elaborar. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 7, 20-33.
- Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing and total behavior problems: A Meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 4, 435-453.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.
- Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*, 323, 599-600.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de Abandono de Tratamento na Psicoterapia Psicanalítica de Crianças. *Rev. psiquiatr Rio Gd Sul*, 31, 1, 10-16.
- Goldberg, E. L. (1995). Interruptions in Treatment. In: Schwartz, HJ., Bleiberg, E., & Weissman, S. H. *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*, (pp. 415-431). Washington: American Psychiatric Press.
- Goldin, J. R. (1998). Informação, ciência e ética. *Episteme*, 4, 7, 165-173.
- Jung, S. I., Nunes, M. T., & Eizirik, C. L. (2007). Avaliação de resultados de psicoterapia psicanalítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 2, 184-196.
- Jung, S. I., Fillippon, A. P. M., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2006). História recente e perspectivas atuais da pesquisa de resultados em psicoterapia psicanalítica de longa duração. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28, 298-312.
- Kancyper, L. (1999). *Confrontação de Gerações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kazdin, A. (1996) Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, design and evaluations in psychotherapy research. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp: 19-71). New York: Wiley.
- Kazdin, AE. (1995) Child, parent, and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavior treatment of anti-social children. *Behavior Research and Therapy*, 33, 271-281.
- Lhullier, A., Nunes, M. L., & Horta, B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: E. Silveiras (org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*, (pp. 229-256). Campinas: Alínea.
- Lis, A., Zennaro, A., Mazzeschi, C. (2001). Child and adolescent empirical psychotherapy research: A review focused on cognitive-behavioral and psychodynamic-informed psychotherapy. *European Psychologist*, 6, 1, 36-64.
- Marturano, E. M., & Panaia, C. C. (2006). Abandono do tratamento psicológico de crianças: pesquisas na comunidade e em centros de formação. Simpósio: abandono de atendimento de crianças em clínica-escola: preditores e estratégias de prevenção. *Anais XXXVII Reunião Anual de Psicologia*. Resumos. Salvador, Sociedade Brasileira de Psicologia. cd-rom.

- Marturano, E.M., Degani, I. C. C., Alves, C. X., & Miranda, C. C. (1993). Abandono de atendimento psicológico em um ambulatório de psicologia infantil ligado à universidade. *Medicina Ribeirão Preto*, 26, 2, 114-127.
- Melo, A. P., Guimarães, M. D. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 2, 113-118.
- Nunes, M. L. T., & Lhulier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, 97-112.
- Pearsall, D. F. (1997). Psychotherapy outcome research in child psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 595-601.
- Prebianchi, H., & Cury, V. (2005). Atendimento infantil numa clínica-escola de psicologia: percepção dos profissionais envolvidos. *Paidéia*, 15, 31, 249-258.
- Roth A., & Fonagy P. (2005) *What works for whom: a critical review of psychotherapy research* (2ª ed.). New York: Guildford Press.
- Saraiva, L. A., & Nunes, M. L. T. *A supervisão nas clínicas-escola do Rio Grande do Sul e nos centros de formação em psicoterapia psicanalítica de Porto Alegre* [dissertação]. Porto Alegre: PUCRS, 2007.
- Silvares, E. F. M. (2006). Abandono em clínica-escola: uma nova estratégia de inscrição e triagem com objetivos preventivos. Simpósio: abandono de atendimento de crianças em clínica-escola: preditores e estratégias de prevenção. *Anais XXXVI Reunião Anual de Psicologia*. Resumos. Salvador, Sociedade Brasileira de Psicologia. cd-rom.
- Sousa, C. R. B., Silvares, E. F. M., & Marturano, E. M. (prelo). Dropping out of therapy for enuresis: evaluation of reported reasons and the effect of socioeconomic status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Target, M., & Fonagy, P. (2005). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders In A. Roth, & P. Fonagy. *What works for whom: a critical review of psychotherapy research*, (pp. 385-424). New York: Guildford Press.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. [Online]. <http://www.who.int/whr/2001/en/> [capturado em 17 set. 2009].
- Weisz, J. R., & Weiss, B. (1991). Studying the “referability” of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 266-273.

Recebido em: 15/09/2009. Aceito em: 23/11/2009.

Autoras:

Maria Lucia Tiellet Nunes - Psicóloga, doutor em Psicologia pela Freie Universität Berlin (1989). Professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Orientadora de mestrado e doutorado em Psicologia, PUCRS.

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras – Psicóloga, doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1981), livre docente pela Universidade de São Paulo (1998). Professora titular da Universidade de São Paulo. Orientadora de mestrado e doutorado em Psicologia, USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 1B.

Edna Maria Marturano – Psicóloga, doutor em Ciências (Psicologia) pela Universidade de São Paulo (1973). Professora titular da Universidade de São Paulo, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Professora titular da Universidade de São Paulo, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Orientadora de mestrado e doutorado Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 1B.

Margareth da Silva Oliveira – Psicóloga, doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (2001). Professora adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Orientadora de mestrado e doutorado em Psicologia, PUCRS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq – Nível 1D.

Enviar correspondência para:

Maria Lúcia Tiellet Nunes
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Departamento de Pós-Graduação em Psicologia
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 11 sala 928 – Jardim Botânico
CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: tiellet@pucrs.br