

UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (UNIARP)

MESTRADO ACADÊMICO EM DESENVOLVIMENTO E SOCIEDADE

SARA RAFAELY MOREIRA ALBIERO

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO-ESCOLA
NÚCLEO DE PSICOLOGIA UNIARP CAÇADOR**

CAÇADOR - SC

2018

SARA RAFAELY MOREIRA ALBIERO

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO-ESCOLA
NÚCLEO DE PSICOLOGIA UNIARP CAÇADOR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Desenvolvimento e Sociedade**.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Kleber Prado Filho.

CAÇADOR - SC

2018

Catálogo Fonte, elaborada pela Bibliotecária: Célia De Marco / CRB14-692 da
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Caçador – SC.

A335p

Albiero, Sara Rafaely Moreira,

Perfil dos usuários do Serviço-Escola Núcleo de Psicologia. / Sara Rafaely Mo-
reira Albiero. Caçador, SC. EdUNIARP: 2018.

84f

Orientador: Prof. Dr. Kleber Prado Filho.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento
e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação, da Uni-
versidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Desenvolvimento e Sociedade.

1. Serviço-Escola. 2. Triagem. 3. Anamnese. 4. Psicoterapia breve e psicodiag-
nóstico I. Prado Filho. II. TÍTULO.

CDD: 370

SARA RAFAELY MOREIRA ALBIERO

**PERFIL DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO-ESCOLA
NÚCLEO DE PSICOLOGIA UNIARP CAÇADOR**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Desenvolvimento e Sociedade**.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Dr. Kleber Prado Filho (UNIARP)
(Presidente da Banca/ Orientador)

Dr. Ricelli E.R. da Rocha (UNIARP)
(Membro da banca)

Dr. Marlene Zwierewicz (Instituição)
(Membro da banca)

Caçador, SC, 17 de outubro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico primeiro a Deus, que me deu força e coragem ao longo deste ciclo. Ao meu
Esposo Marcio Alexandre Albiero e familiares.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me capacitou para que esse trabalho pudesse se concretizar.

Ao professor Dr. Kleber Prado Filho pelo apoio e compreensão em todos os momentos, pelas orientações e aprendizados compartilhados, pela serenidade, empatia e competência que me conduziu até o final.

Ao professor Dr. Ricelle Endrigo que se propôs a ensinar métodos quantitativos e escrita acadêmicas para que esse trabalho pudesse se concretizar.

A Ana Claudia Dourado na pessoa da coordenadora do curso de psicologia, a Madaline Roveda na pessoa da Coordenadora do Núcleo de Psicologia e a Débora Heller na pessoa da secretária que prontamente me receberam para que os dados fossem coletados.

Aos pacientes que mesmo de forma anônima contribuíram com a minha pesquisa.

Meu esposo Márcio Alexandre Albiero que esteve ao meu lado me apoiando, incentivando e contribuindo para que esse sonho tornasse realidade.

A minha mãe e meu pai e irmã que contribuíram para essa conquista.

As minhas colegas Ivonete Moreira e Débora Cunha que estiveram junto comigo desde o início deste processo.

Meu muito obrigada a todos.

EPÍGRAFE

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo avaliar o perfil do usuário do Serviço-escola Núcleo de Psicologia da - UNIARP Caçador. Foram coletados 485 prontuários, divididos em 254 de jovens e adultos e 231 de crianças e adolescentes. Dentre as variáveis analisadas estão características sócio econômicas, demográficas, e ocupacionais, além do tipo de encaminhamento, queixa inicial, número de sessões e desfecho do processo. O resultado desta análise gerou o perfil de jovens e adultos, sendo; os públicos mais atendidos foram a mulheres jovens, com idade entre 18 a 27 anos, a escolaridade Ensino Médio, com renda familiar entre uma a dois salários mínimos. A religião é católica e o local de moradia é distante do Núcleo de Psicologia. A maioria dos pacientes trabalham no ramo da indústria e o estado civil é solteiro. A busca por ajuda foi por meio de indicação de amigos. Com queixa inicial relacionada a problemas familiares. Os encontros tiveram duração de seis a onze sessões, e uma grande parte dos atendidos desistiu do processo. O segundo perfil encontrado foi crianças e adolescentes sendo; público mais atendido foram os meninos, com idade entre seis a onze anos, o nível de escolaridade é Ensino Fundamental, A renda de um a dois salários mínimos e a religião é católica. E os pacientes mais atendidos moram em bairros distantes, considerando o Núcleo de Psicologia como referência. Crianças e adolescentes moram predominante com a mãe e o pai. Os encaminhamentos foram feitos pelas instituições escolares e queixa inicial foram problemas escolares. Os números de sessões foram de seis a onze. E uma grande parte dos atendidos desistiram do processo psicoterápico. Os resultados aqui encontrados servirão para melhor planejamento dos atendimentos, criação de programas de prevenção a desistência, ampliação dos aconselhamentos e ainda elaboração de estratégia para diminuir a fila de espera.

Palavras-chave: Serviço-Escola, triagem, anamnese, psicoterapia breve e psicodiagnóstico.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the profile of users of the School Service of Psychology – at UNIARP Caçador. A total of 485 medical records were collected, divided into 254 adults and 231 children and adolescents. Among the analyzed variables are the socioeconomic, demographic, and occupational characteristics, besides the initial complaint, number of sessions and results of the process. The result of this analysis generated the following profile: youths and adults are the great majority. The most attended groups were women, aged between 18 and 27 years, high school education, with family income between one and two minimum wages. Catholics are the majority, as well as people that live Psychology School Service. Most patients work in the industry and their marital status is single. The search for help was made by indication of friends. Most initial complaints were related to family problems. The meetings lasted from six to eleven sessions, and a large part of those attended gave up the process. The second profile found was made of children and adolescents being; most were boys, aged from six to eleven; their level of schooling is elementary, their income average is one to two minimum wages and their religion is Catholic, also living far from the Psychology School. Children and adolescents live predominantly with their mother and father. The indications of these children were made by school institutions and initial complaints were school problems. The number of sessions ranged from six to eleven, while a large part of those who attended giving up the psychotherapeutic process. The results found here will serve to improve the plan of attendance, creating dropout prevention programs, expanding counseling, and formulating a strategy to reduce people on waiting lines.

Keywords: Psychology Service-School, screening, anamnesis, brief psychotherapy and psychodiagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais de jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da - UNIARP (Caçador), no período entre 2012 – 2017.	48
Tabela 2. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) dos Jovens e adultos atendidos no período entre 2012 – 2017 por fonte de encaminhamento.	49
Tabela 3. Distribuição das principais queixas referidas pelos pacientes jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da UNIARP entre os anos 2012 a 2017 da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da Uniarp (Caçador).	50
Tabela 4. Distribuição do número de sessões da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) dos Jovens e adultos atendidos no período entre 2012 – 2017 por número de sessões.	51
Tabela 5. Distribuição dos desfechos do processo psicoterápico dos jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da Uniarp (Caçador) atendidos no período entre 2012 – 2017 por desfecho do processo.	52
Tabela 6. Características socioeconômicas e demográficas de crianças e adolescentes atendidos no Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador), no período entre 2012 – 2017.	53
Tabela 7. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por fonte de encaminhamento.	54
Tabela 8. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por queixa inicial (motivo da busca por atendimento).	55
Tabela 9. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por número de sessões.	56
Tabela 10. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por desfecho do processo.	57

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 SERVIÇO-ESCOLA (CLÍNICA ESCOLA)	13
1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO	21
1.2 TRIAGEM	22
1.3 ANAMNESE	27
1.4 PSICOTERAPIA BREVE	31
1.5 PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL.....	36
1.5.1 ENTREVISTA INICIAL	42
2 METODOLOGIA	44
2.1 TIPO DE PESQUISA	44
2.2 LOCAL DA PESQUISA.....	44
3 RESULTADOS	47
3.1 JOVENS E ADULTOS.....	47
3.2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES	52
4 DISCUSSÃO	58
4.1 PERFIL DOS JOVENS E ADULTOS.....	58
4.2 PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

A profissão do psicólogo foi regulamentada em 27 de agosto de 1962. Neste mesmo período foram instituídas as clínicas-escolas. Estes espaços surgiram para que os alunos pudessem vivenciar na prática os desafios da profissão.

O termo clínica-escola foi substituído por Serviço-escola a partir do 12º Encontro de Clínicas-Escolas do Estado de São Paulo em 2004. A mudança de nomenclatura deu-se devido a necessidade de incluir as diversas formas de intervenção do psicólogo, não restringindo apenas a clínica.

Os serviços-escolas cumprem duas importantes funções: à primeira correspondem a concretização prática da profissão, ou seja, por meio de estágios obrigatórios previstos por lei o estagiário, juntamente ao orientador, desenvolve suas primeiras ações como psicólogo. A segunda função é social, pois a instituição disponibiliza os serviços dos estagiários à comunidade de baixa renda. Sabe-se que este espaço é um dos poucos que disponibilizam atendimento psicológico gratuitamente (CAMPEZATTO; NUNES, 2007).

A presente pesquisa foi desenvolvida no serviço-escola da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe UNIARP conhecido como Núcleo de psicologia. Este espaço foi constituído no ano de 2003¹ como cumprimento de uma exigência legal, com a prioridade de oportunizar o ensino, a pesquisa e a extensão. Visa proporcionar ao estagiário o aperfeiçoamento na formação acadêmica do curso de psicologia, por meio de atividades práticas. Além de oferecer serviços gratuitos a entidades e comunidade em geral através dos estágios e de outras práticas supervisionadas.

Para compreender melhor o funcionamento e quem são os usuários deste espaço buscou-se desenvolver um estudo para identificar qual o perfil do usuário do Serviço-escola Núcleo de Psicologia UNIARP Caçador? Para isso foi resgatado todos os prontuários existentes no período entre 2012 a 2017, apontando características sócio demográficas, ocupacionais, tipos de encaminhamento, queixa inicial e desfecho do processo psicoterápico.

¹ O Núcleo de psicologia foi instituído em 2003, sendo que a sua mantenedora naquele momento era a Fundação Universidade do Contestado – Campus Universitário de Caçador- UnC. Em 2009 ocorreu uma modificação estatutária consolidando a atual mantenedora UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP.

A motivação para a escolha deste tema dá-se a partir da necessidade de maior esclarecimento sobre a questão, levando em consideração que existem muitas pesquisas sobre esse assunto, porém esta é voltada especificamente para o Núcleo de Psicologia da UNIARP.

Eu, enquanto psicóloga, já vivenciei esta experiência de estágio, que considero muito importante para formação, sendo esta uma oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre este assunto.

O presente trabalho visa elucidar o perfil do usuário do Núcleo de Psicologia da UNIARP e o resultado desta construção pretende contribuir para um planejamento mais efetivo nos atendimentos, adequando às necessidades dos clientes e ainda proporcionando ao futuro psicólogo uma prática mais abrangente, além de permitir aos gestores um maior esclarecimento sobre o trabalho desenvolvido, podendo resultar em mudanças e melhorias nos serviços prestados.

É evidente a relevância deste trabalho para a comunidade atendida no Núcleo, pois traz à tona situações que até então passam despercebidas durante o dia -a dia. Estes apontamentos possivelmente resultarão em discussões e avaliações e planejamentos que beneficie cada vez mais e melhor seus usuários.

O objetivo principal é avaliar o perfil dos casos atendidos no período entre 2012 a 2017, no Núcleo de Psicologia da UNIARP Caçador. Os objetivos específicos visam analisar as características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos indivíduos atendidos, verificar os encaminhamentos, avaliar as frequências das principais queixas nos indivíduos atendidos e identificar os desfechos do processo psicoterápico.

Este estudo está organizado em quatro capítulos, sendo que no primeiro foi destacado o aporte teórico que subsidiou este estudo. São tratados assuntos como Serviço-Escola, triagem, anamnese, psicoterapia breve e psicodiagnóstico. No segundo capítulo encontra-se a metodologia, sendo ela descritiva, transversal e quantitativa. No quarto capítulo são expressos os principais resultados encontrados. No quinto capítulo esta discussão fundamentada na visão de outros autores. E por fim as considerações finais, que elucidam todo o trabalho realizado.

1 SERVIÇO-ESCOLA (CLÍNICA ESCOLA)

A profissão de psicólogo foi regulamentada em 27 de agosto de 1962, por meio da Lei nº 4.119/ 1962. Prevendo três níveis de formação a de bacharel, a de licenciado e a de formação de psicólogo, sendo que apenas na última era permitido o exercício pleno da profissão (MELO VIOL; FERRAZZA, 2015).

Conforme essa lei, o curso de Psicologia deveria oferecer serviços supervisionados pelos professores, sendo que os estágios contemplariam a tríade de serviços clínicos, educacionais e do trabalho e os estágios poderiam ser realizados em instituições locais. Essas três áreas destacadas seguiam uma tendência ideológica da época que dividia a psicologia nessas três áreas (KRUG; BOECKEL, 2016).

A atribuição do psicólogo foi definida como; “utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de: diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional, orientação pedagógica, e solução de problemas de ajustamento”. (BRASIL, 1996 apud BOECKEL; KRUG, PEREIRA, 2016, p. 40).

Após a consolidação dessa lei, vários documentos foram elaborados na tentativa de sistematizar as questões práticas do curso. Em 1962, com o parecer 403/96, o Conselho Federal de Psicologia definiu um currículo mínimo para o curso de graduação, o qual definia disciplinas obrigatórias, tempo de duração do curso e carga horária dos estágios supervisionados.

Parecer n. 403/62 do CFE (1962, p. 2)

O trabalho do Psicólogo – é sempre, no fundo, uma tarefa de educação, ou reeducação que se vale de técnicas próprias cujo domínio é impossível sem o devido treinamento prático. Assim, tal como ocorre no ensino médico e agora se exige para qualquer modalidade, de licenciatura, a sua formação teórica experimental terá de completar-se com um estágio, que se desenvolva em situação real, ao longo de pelo menos 500 horas de atividades – e obedeça à imediata supervisão dos órgãos por ela responsáveis.

Nota-se o destaque do estágio como quesito essencial para formação em Psicologia, instituindo que o mesmo deveria ser realizado em uma instituição de ensino superior (IES) ou em outros espaços sob supervisão de um professor psicólogo. Cury e Neto (2014, p. 500) mencionam que esse documento reforça a ideia de “[...] treinamento prático de habilidades que não poderiam ser plenamente aprendidas em sala de aula. Além disso, pressupõe que certo saber já estabelecido servirá como fundamento para essas atividades práticas”.

O currículo mínimo esboçava orientações que deviam ser executadas ao longo do curso. Dentre os fundamentos estabelecidos um deles diz respeito ao estágio, que deveria ser executado na própria instituição formativa. A interpretação tida na época foi de criar espaços para realização dos estágios, dando nascimento às clínicas-escolas. Com a criação destes espaços passaram a ser oferecidos serviços de atendimento psicoterápico individualizado para comunidade de forma gratuita. Na visão de Lohr e Silveiras (2006) estes serviços oferecidos à comunidade fortaleceram a representação social do psicólogo como psicoterapeuta.

Ainda nesta mesma linha de consideração, as clínicas-escolas existem desde o início da profissão do psicólogo, cumprindo uma exigência legal para uma formação profissionalizante articulada entre teoria e prática (KRUG; BOECKEL, 2016). Melo Viol e Ferrazza (2015) por sua vez, destacam que a primeira clínica-escola criada no Brasil foi em 1962, no curso de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), e os atendimentos seguiam a abordagem psicanalítica profunda.

Durante a ditadura militar aquele serviço foi ocupado pelos alunos do curso e, assim como a clínica da Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP), seria considerada uma célula comunista. Nesse sentido, pode se considerar que, para além da formação pedagógica profissional esses espaços também podem se constituir como locais de reflexão crítica, ética e política às práticas de uma sociedade excludente e normativa (MELO VIOL; FERRAZZA, 2015 p. 03).

Com o fim da ditadura, as clínicas-escolas sofreram transformações, passaram a problematizar a formação do psicólogo, com o objetivo de desconstruir aquele modelo hegemônico pautado no modelo clássico, clínico, de psicoterapia longa, que era liberal, privatista e individualista, possibilitando formar psicólogos com capacidade para atuar em diferentes situações, demandando uma formação mais generalista (MELO VIOL; FERRAZZA, 2015). Tanto o Ministério da Educação quanto o Ministério da Saúde sinalizaram a necessidade de as instituições formarem psicólogos capazes de atuarem na saúde pública, principalmente após o surgimento Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa discussão começa por volta dos anos 1983, quando buscavam-se mudanças na formação (currículo) e no exercício da profissão em psicologia (CURY, NETO, 2014).

A Carta de Serra Negra (CFP,1992) foi um documento escrito para reivindicar algumas mudanças na formação e atuação do psicólogo. Dentre os apontamentos estão; redirecionamento na formação do psicólogo, contemplando a consciência

política de cidadania, compromisso com as realidades sociais e a qualidade de vida além de formação básica pluralista alicerçada nas discussões epistemológicas, éticas e políticas. O currículo deveria contemplando aspectos socioculturais da região onde está inserida a Instituição de Ensino Superior (IES), promovendo a postura crítica, investigadora e criativa, buscando fomentar a pesquisa de ação-reflexão-ação (CURY; NETO, 2014).

Este documento fazia menção à preocupação com a função social do psicólogo a partir de suas práticas, reforçando a importância dos estágios supervisionados, e ainda sugeria que os cursos oferecessem campos de estágios que contemplassem as diversas práticas em psicologia. Esses espaços de estágios ficaram conhecidos como clínica-escola (CURY; NETO, 2014).

Outro documento citado por Cury e Neto (2014), elaborado por uma comissão de especialista de Ensino de Psicologia, apresentava dez diretrizes gerais para a formação do psicólogo, visando reestruturar o curso. Este documento continha críticas com relação à formação fragmentada e cristalizada voltada para área clínica, desconsiderando a pluralidade da Psicologia. Sobre os estágios discutiu-se possibilidades de reestruturação, propondo a integração entre teoria-prática, dividindo a prática em diversos níveis de estágio ao longo dos anos formativos.

Houve uma mobilização entre os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia, a fim de atualizar as orientações quanto a formação do psicólogo no Brasil. Sendo aprovado aprovadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia (Artigo 3º da Resolução no. 8 da Câmara Superior do Conselho Nacional de Educação- CNE/CES, de 07/05/2004).

Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB de 1996, o Ministério da Educação MEC promoveu o processo de formulação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação. Depois de muitas controvérsias e debates em fevereiro de 2004 saiu a nova Diretriz Curricular Nacional. Esse documento indicou a necessidade de ser construída uma proposta curricular mais generalista, que proporcionaria ao futuro psicólogo possibilidades de desenvolver habilidades e competências em diversos contextos como vinha sendo solicitado (LOHR; SILVARES, 2006).

Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do psicólogo voltada a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada em sete princípios.

V Atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades (BRASIL, 2011, p. 01).

O inciso 5 faz menção à necessidade do estagiário atuar em diferentes contextos. O serviço-Escola, ofereceria esta possibilidade, disponibilizando estágios em psicologia clínica, organizacional, hospitalar e escolar. Nesta mesma linha de consideração temos o artigo 5 e o inciso VI.

Art. 5º A formação em Psicologia exige que a proposta do curso articule os conhecimentos, habilidades e competências em torno dos eixos.
VI- práticas profissionais voltadas para assegurar um núcleo básico de competências que permitam a atuação profissional e a inserção do graduando em diferentes contextos institucionais e sociais, de forma articulada com profissionais de áreas afins (BRASIL, 2011, p. 02).

Essa ampliação de abrangência exigiu uma reestruturação curricular, demandando a inclusão de disciplinas e ações práticas voltadas à saúde comunitária. Todas estas mudanças são positivas à medida que permitem uma formação mais ampla e interdisciplinar, porém, para o ensino da psicologia clínica trouxe grandes desafios (SIMÕES et al. 2013 apud LOHR; SILVARES, 2006).

Como já mencionado, após a aprovação da nova Diretriz Curricular do curso de Psicologia as instituições de ensino superior (IES), precisaram adequar-se às novas mudanças, atualizando seus currículos e práticas educacionais. Boeckel et al. (2010) enfatizam que as Diretrizes Curriculares Nacionais não trazem orientações muito explícitas, cabendo a cada instituição analisar, refletir e adequar seus projetos pedagógicos conforme a realidade local, preservando os princípios contidos neste documento.

Outra necessidade apontada nas Diretrizes corresponde ao oferecimento de ênfases curriculares, além de orientar para que conste no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) o oferecimento de um serviço psicológico. Sabe-se que muitas instituições antes desse decreto já dispunham de espaços destinados à realização de estágios, porém essa nova mudança visa ampliar a visão quanto a natureza dos serviços prestados nestes espaços (KRUG; BOECKEL, 2016).

Isso ocorreu devido às modificações do perfil formativo atual. Sabe-se que no passado a Psicologia se limitava muito à clínica. Hoje o profissional precisa ser capaz de interagir em diferentes contextos, focando em práticas voltadas à inclusão social, prestação de serviços à comunidade e políticas públicas.

As Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecem no artigo 25 a seguinte orientação para os cursos de graduação em Psicologia

O projeto de curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de responder às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e a demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido (BRASIL, 2004, p. 12)

Nesta orientação sobressaem dois fatores importantes em relação à formação do psicólogo. Primeiro, o curso de graduação precisa enfatizar em seu PPC quais as habilidades e competências deseja desenvolver no aluno, que precisam estar alinhadas com as ênfases curriculares oferecidas, primando sempre por uma formação generalista onde o discente consiga transitar em diversos campos do saber. E o segundo fator destacado corresponde ao oferecimento de serviço adequados às demandas da comunidade local. O oferecimento de serviço à comunidade favorece o ensino-aprendizado do discente e ainda privilegia uma parcela da comunidade que muitas vezes não têm acesso aos serviços psicológicos.

É importante mencionar que existe flexibilidade quanto à constituição destes espaços de aprendizagem conhecidos como clínica-escola, pois estes precisam estar alinhados com a realidade local e o perfil de profissional que deseja-se formar, respeitando a tríade de ensino, pesquisa e extensão (PERFEITO; MELO, 2004; KRUG; BOECKEL, 2016).

A clínica escola nasceu da necessidade de aliar ensino-aprendizagem, pesquisa e extensão nos cursos de graduação. Este espaço funciona em Instituições de Ensino Superior (IES), e é destinado ao atendimento à saúde pública (SIMÕES et al. 2013).

É um ambiente amplo em possibilidades de aprendizado, destinado a graduandos em Psicologia que precisam aprimorar seus conhecimentos, contemplando teoria e prática. Não deve ser visto apenas como um espaço prático, pois é impossível dissociar teoria e prática; a interação destes dois fatores permitem o tornar-se psicólogo.

Nesta mesma linha de consideração, Macedo et al. (2009) consideram a clínica- escola um espaço privilegiado, pois permite o aprimoramento e a qualificação da formação de psicólogos. É um espaço rico em oportunidades de aprendizagem, pois possibilita o acesso a diferentes tipos de demandas, requerendo do estagiário um olhar atento, inquieto e questionador, visando sempre a transformação pessoal e

profissional. “Fazer psicologia em uma clínica-escola, [...] uma vez que a riqueza das situações que marcam o dia-a-dia de seus integrantes caracteriza uma inesgotável fonte de ensinamento” (MACEDO et al. 2009, p. 17).

As clínicas-escolas evidenciam um papel fundamental das instituições de nível superior, e permitem concretizar a realização prática dos estágios obrigatórios no curso de Psicologia, como determina a lei. Esse serviço cumpre duas funções: a primeira é possibilitar ao estagiário o exercício supervisionado da prática clínica, e a segunda é a Universidade cumprir seu papel social atendendo à comunidade. Pode ser destacada a importância deste serviço, visto que é um dos poucos espaços que oferece serviços psicológicos acessíveis à população menos favorecida (CAMPEZATTO; NUNES, 2007, MELO VIOL; FERRAZZA, 2015).

Quanto à função social, as clínicas-escolas foram criadas como obrigatoriedade legal organizada para suprir as necessidades da educação e formação do futuro psicólogo. Além de disponibilizar este serviço à sociedade de forma gratuita, possibilitando o acesso de pessoas que muitas vezes não possuem renda per capita acessível. É um processo ganha-ganha pois permite que o futuro psicólogo consolide na prática o que aprendeu até então na teoria e contribua com a população menos favorecidas (CAMPEZATTO; NUNES, 2007).

A clínica-escola desempenha um papel fundamental no ensino-aprendizagem do futuro psicólogo, pois é o momento onde o estagiário tem as primeiras experiências como terapeuta, fica frente ao paciente, conta com o orientador, que tem a difícil missão de integrar teoria e prática (SIMÕES et al. 2013).

As autoras Enéas, Faleiros e Sá (2000) propõem analisar separadamente as duas funções da clínica-escola. Primeiramente neste espaço enquanto formador é indispensável que as instituições formadoras tenham o compromisso de capacitar pessoas para atuar em diversos contextos físicos e sociais. É imprescindível primar pelo ensino-aprendizagem de qualidade, proporcionando uma formação criativa, flexível, descartando a mera repetição de propostas tecnicistas.

Este espaço, na perspectiva do usuário resulta num trabalho oferecido sem custo a uma parcela da população. Além do benefício monetário é possível contribuir com o alívio da problemática num tempo relativamente curto evitando prolongamento do sofrimento e ainda contando com apoio de um profissional capacitado que lhe proporciona suporte.

Os primeiros registros encontrados sobre a caracterização dos usuários da

clínica-escola do curso de psicologia foram feitos na década de 1980. A partir de então existe surge a preocupação com a identificação da clientela, avaliando os serviços prestados, visando sempre equacionar os problemas existentes. Este espaço é ainda destinado à produção do conhecimento e consolidação da teoria e prática psicológica (MELO VIOL; FERRAZZA, 2015).

Em 2004 ocorreu o 12º Encontro de Clínicas-Escola do Estado de São Paulo, quando houve a modificação de nomenclatura clínica-escola para serviço-escola. Essa mudança fomentava a ampliação dos atendimentos da clínica para outras áreas, visto que a Psicologia possui uma gama de opções de atuação e intervenção. O objetivo principal deste encontro foi discutir novos meios de intervenção que venham promover o desenvolvimento da profissão, instigando debates e pesquisas sobre o tema e construir caminhos para ampliação dos serviços oferecidos, para que cada vez mais pessoas sejam contempladas (BELTANI; BAZILIO; BEZERRA, 2014).

Sabe-se que esse serviço oferecido à comunidade vem evoluindo durante todo tempo, sofrendo muitas mudanças no que se refere aos modos de intervenção, visando sempre atender melhor os usuários. (MELO VIOL; FERRAZZA, 2015; KRUG; BOECKEL, 2016). Por isso pesquisa é tão relevante, pois busca conhecer melhor este indivíduo que busca atendimento no Núcleo de Psicologia.

Romaro e Capitão (2003) citam Ancona Lopez (1983), destacando a dificuldade do psicólogo em delimitar a sua área de competência dentro do serviço-escola. É muito comum aceitar indiscriminadamente todos clientes que são encaminhados, e sabe-se que ao aceitar este cliente torna-se responsável pela demanda. Porém, nem sempre as demandas condizem com o serviço oferecido pela instituição considerando que são estagiários, estão em processo de aprendizado e o tempo de atendimento é limitado, pois respeita o período letivo.

A ética faz parte da vida humana e é uma dimensão fundamental do exercício da profissão de psicólogo e, conseqüentemente das práticas desenvolvidas nos Serviços-Escolas. Por esta razão a seguir será enfatizado alguns aspectos éticos a serem considerados nestes espaços. Vieira, Coiro, Krug, (2016) embasam sua fala sobre ética no pensamento de Chauí (2002) destacando um sujeito responsável por suas ações, capaz de refletir, entender o outro como sujeito ético, decidir sobre as alternativas que lhe são apresentadas, saber administrar seus desejos e impulsos, ser responsável por seus atos, a ponto de não ser submetido a algo ou alguém que coaja a fazer o que não quer.

Todos os indivíduos devem pautar suas ações na ética e no respeito. Estes dois valores devem estar intrinsecamente alinhados com a conduta do profissional psicólogo, levando em consideração o seu trabalho com seres humanos.

O órgão responsável por fiscalizar e orientar a atuação do psicólogo é o Conselho Federal de Psicologia. O Código de Ética é o documento que traz princípios fundamentais dos psicólogos e suas responsabilidades profissionais. Como fazem menção os autores Vieira, Coiro e Krug (2016) “O Código de Ética Profissional do Psicólogo figura como um dispositivo formal para controle interno da profissão, realizado através da fiscalização das condutas” (p. 60)

Na prática do serviço- escola não é diferente, esses princípios devem ser levados em consideração em toda e qualquer ação como “procedimentos que arregimentam o fazer dos estagiários, supervisores e demais componentes da equipe técnica” (VIEIRA; COIRO; KRUG, 2016 p. 61).

Os autores ainda destacam seis fatores que o psicólogo deve levar em consideração quando o assunto é conduta ética.

- O Código de Ética Profissional do Psicólogo;
- Os princípios elencados pela Bioética (o princípio da autonomia, beneficência e da justiça);
- Os valores do psicólogo;
- Os Valores das pessoas atendidas;
- Os conceitos morais que permeiam a sociedade;
- Os princípios, regras e ideias da instituição na qual o psicólogo está inserido (VIEIRA; COIRO; KRUG, p. 63)

Isto, levando em consideração que o psicólogo tem responsabilidades éticas e morais tanto com a instituições a qual faz parte, quanto com o cliente. O Código de Ética do Psicólogo é estudado e discutido desde o início da graduação, mas é no Serviço-Escola que o estagiário ficará exposto diretamente a situações que vão demandar uma conduta ética. A mais importante diz respeito ao sigilo. Como consta no Art. 9º – “É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional” (BRASIL, 2005, p. 13). Existem algumas situações peculiares nas quais o profissional pode quebrar o sigilo a fim de proteger o paciente, decidindo por aquilo que cause menos dano.

Os estágios proporcionam ao discente os primeiros contatos com os pacientes ou clientes exigindo muitos cuidados éticos como troca de informações entre os profissionais, registros de sessões, cuidado com os instrumentos de avaliação

(testes). É indispensável que estagiários e profissionais zelem pelo cumprimento dos preceitos éticos, visando uma melhor conduta profissional reforçando o papel social do psicólogo (VIEIRA; COIRO; KRUG, 2016).

1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Até aqui discorreu-se sobre a formação em Psicologia, estágio supervisionado e serviço- escola. Nota-se que estes três elementos caminham juntos e são essenciais para o tornar-se psicólogo. A seguir será abordado a importância do estágio em psicologia na formação profissional.

Cury, Neto (2014) afirmaram que o conceito de estágio supervisionado consolidou-se no Brasil ligado ao conjunto de Leis Orgânicas do Ensino Profissional, definidas no período de 1942-1946. Nesse período os estágios eram considerados como etapa preparatória para a ocupação dos postos de trabalhos, ou seja, campo de demonstração do ensino acadêmico.

Mais tarde, por volta da década de 1970, foi implementada a Lei Federal nº 5.692/71, onde os estágios passaram a ser obrigatórios e ganharam maior importância. Uma década depois saiu o Decreto nº 87.497, 1982, regulamentado o estágio curricular do Ensino Superior, onde o estudante de graduação passaria a realizar atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, participando de situações reais da sua profissão, visando desenvolver-se enquanto profissional.

As concepções de estágio curricular supervisionado em Psicologia sofreram diversas modificações ao longo dos tempos até a consolidação das Diretrizes Curriculares Nacionais publicadas em maio de 2004. Esse documento prevê uma modificação do centralismo nos conteúdos em sala de aula e a exemplificação nos estágios, para uma relação interativa entre teoria e prática ampliando as possibilidades formativas.

Cury (2012) busca conceituar estágios supervisionados na visão de vários autores. Dentre os diferentes conceitos o estágio é visto como uma aplicação do conhecimento adquirido ao longo da formação em situações reais exigindo a junção do saber com o fazer, instigando a ação profissional consciente, crítica e reflexiva. O estágio é uma ação profissionalizante obrigatório para concluir o currículo acadêmico. O estágio é um passaporte para vivenciar os desafios da profissão.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais

Art. 20. Os estágios supervisionados são conjunto de atividades de formação programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora, e procuram assegurar a consolidação e a articulação das competências estabelecidas.

Art.21 os estágios supervisionados visam assegurar o contato do formando com situações, contexto e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, sendo recomendável que as atividades do estágio supervisionado se distribuam ao longo do curso (BRASIL, 2004, p. 07).

O estágio supervisionado é sem dúvida uma importante oportunidade para o desenvolvimento da identidade profissional. Permite o acesso a uma gama de diversidades existentes dentro do serviço-escola, exigindo do futuro profissional uma postura ativa, crítica e reflexiva (MARRAN; LIMA, 2011).

O Serviço-escola oferece alguns serviços à comunidade dentre eles atendimento adulto, infantil, familiar e grupos. Para iniciar o processo de atendimento são adotados alguns procedimentos como triagem e anamnese para verificar a demanda e a urgência pelo atendimento.

1.2 TRIAGEM

É por meio da triagem que o indivíduo faz o primeiro contato com a instituição e o paciente e é a partir dela que é definido a urgência ou emergência para atendimento ou ainda se não é da competência do Núcleo, é realizado o encaminhamento. Krug, Boeckel, Andrade (2016) destacam a variação de nomenclatura para definir o primeiro encontro com o cliente. Dentre as nomenclaturas estão: triagem, acolhimento, primeiras entrevistas, entrevista clínica, entrevista inicial e ainda psicodiagnóstico, referindo-se às entrevistas iniciais de avaliação clínica. Neste trabalho trataremos como triagem, pois o serviço-escola onde está sendo desenvolvido este trabalho adota esta nomenclatura.

Entrevista de triagem [...] primeiro encontro entre avaliador e avaliado (s) ocorrido por meio de uma ou mais entrevistas clínicas iniciais, com fins diagnósticos, que objetiva estabelecer uma compreensão do caso atendido, refletir sobre as indicações terapêuticas e realizar encaminhamentos (KRUG, BOECKEL; ANDRADÉ, 2016, p. 86)

Nessa mesma linha de consideração Cunha (2000) enfatiza que o principal objetivo da triagem é avaliar a demanda do sujeito e fazer encaminhamentos. É mais utilizada em serviços de saúde pública ou em clínicas sociais como é o caso do serviço escola. Nestes espaços a busca por atendimento é contínua e as demandas são as

mais variadas, por isso é tão relevante triar os atendimentos até para poder encaminhar quando foge da competência do serviço-escola.

Perfeito, Mello (2004) enfatizam que os públicos atendidos no serviço-escola muitas vezes desconhecem o trabalho do psicólogo. Sendo assim a triagem representa o primeiro contato com o universo da psicologia. O acesso a psicoterapia segundo os autores repercute na modificação cultural dos atendidos.

Nesta mesma linha de consideração a entrevista inicial é o primeiro acesso do cliente ao universo da psicoterapia. Por outro lado, para o estagiário iniciante a triagem também caracteriza o primeiro contato direto com o cliente. É importante que este futuro profissional proporcione um ambiente favorável para que o paciente sintasse à vontade para falar a respeito de suas angústias. A fala espontânea e reflexiva pode resultar em alívio por si só (KRUG; BOECKEL; ANDRADE, 2016).

A triagem pode ser entendida como acolhimento, pois é o momento no qual o terapeuta se propõe a escutar o paciente sem julgamento, o que significa receber e aceitar a expressão do sofrimento. Podendo ainda ver sua problemática com mais clareza o que possibilita mudança ou tentativa de lidar melhor com a situação (PERFEITO MELLO; 2004, MACEDO; DOCKHORN; WERLANG, 2009).

A triagem é uma ferramenta que permite entender num primeiro momento a demanda do paciente e o nível de urgência pelo atendimento. Sabe-se que nos espaços de serviço-escola a demanda é maior que o número de vagas oferecidas. Por esta razão o primeiro contato é feito por meio da triagem, definindo tempo de espera, reencaminhamentos e até desistências (HERBERG; CHAMMAS, 2009).

Isto vem ao encontro do que Macedo, Dockhorn, Werlang, (2009) enfatizaram: “o processo de triagem implica uma reflexão institucional, já que problematiza, a todo tempo, os limites de intervenção da clínica-escola, levando em conta as especificidades do contexto de ensino-aprendizagem da instituição” (p. 70).

Por meio da triagem é possível identificar se o cliente precisa de psicoterapia individual ou grupal, visto que alguns procuram ajuda individualmente, mas a problemática é relacional demandando a presença e contribuição de outras pessoas. Isso é muito comum nos casos de problemas familiares, e havendo disponibilidade e interesse é possível atender a família (CUNHA, 2000). Os Núcleos de Psicologia dispõem de atendimentos individuais, familiares e em grupos

“A triagem também serve como instrumento documental, que possibilita entre outras coisas, a caracterização da clientela” (ROMARO; CAPITÃO, 2003; p. 03). Esta

afirmação vem ao encontro da proposta do presente estudo, cuja principal fonte de coleta de dados foram as entrevistas de triagem, o que deve resultar na construção de perfil do usuário do Núcleo de Psicologia da UNIARP.

Embora a triagem seja um mecanismo de seleção de prioridades, devido a realidade do serviço-escola esta não deve ser vista apenas como procedimento burocrático ou uma mera coleta de dados, mas sim, como ferramenta que permita uma proposta de intervenção pontual mesmo sendo um primeiro encontro. É um espaço de reflexão e comprometimento do cliente para com o tratamento, ou seja, o cliente expressa a visão que tem sobre si mesmo, explicitando sua demanda e ainda tornando-se responsável por seus problemas. Já o terapeuta consegue delinear um raciocínio clínico expressando um parecer inicial sobre a problemática (MACEDO; DOCKHORN; WERLANG, 2009).

Essa primeira entrevista deveria resultar em “uma aproximação diagnóstica, por meio de uma clarificação da problemática apresentada, e ainda uma elaboração conjunta e hierarquizada do saber do consultante, resultando em um encaminhamento e orientação, no sentido abrangente do termo” (HERBERG; CHAMMAS, 2009 p.02).

Porém é muito comum o cliente chegar para esta entrevista não tendo muita clareza da sua demanda, pois está imerso em seus problemas não consegue definir exatamente o que mais lhe incomoda. Este primeiro encontro entre terapeuta e cliente serve para organizar a problemática construindo juntos uma demanda terapêutica (MACEDO; DOCKHORN; WELANG, 2009).

Ela também transmite ao cliente uma visão aproximada do que serão os atendimentos, sabe-se que o mesmo precisa sentir-se mobilizado para que prossiga os atendimentos. A triagem pode proporcionar uma melhor conscientização do cliente frente a sua problemática (PERFEITO; MELLO, 2004).

Para o psicólogo a triagem representa um processo de conhecimento do paciente, que vai muito além da identificação de sintomas, mas busca ainda o alívio do sofrimento, identificando suas causas. O terapeuta precisa se propor a ouvir de forma atenta e empática considerando o sujeito como um todo, levando em consideração seu contexto social, cultural, econômico, político, histórico respeitando seus recursos naturais e potenciais que serão instigados na intervenção terapêutica (KRUG; BOECKEL; ANDRADE, 2016).

Arzeno (1995) enfatiza que na primeira entrevista o indivíduo esclarece o motivo da consulta. A autora enfatiza que os motivos expressos nesse primeiro

encontro não são muito fidedignos, porém isto não é uma regra. Ao longo do processo é possível observar outros motivos implícitos, latentes e inconscientes. Importante destacar que esta é uma perspectiva psicanalista.

O psicoterapeuta deve analisar elementos verbais e não verbais durante a triagem pois existem fatores que não são verbalizados de forma explícita, sendo possível observar por meio das expressões corporais, roupas, semblante, discurso desorganizado, postura, desvio do olhar ou olhar fixo no teto, entre outros tantos mecanismos de defesa que poderiam ser citados aqui (ARZENO, 1995).

Ainda na perspectiva psicanalista a triagem (entrevista inicial) é dividida em três momentos, sendo que no primeiro momento os autores recomendam iniciar com uma técnica mais diretiva, onde o psicólogo realiza o enquadramento fazendo perguntas esclarecedoras. Num segundo momento propõem uma entrevista mais livre, dando espaço ao paciente expressar o motivo que o trouxe ao atendimento, podendo intervir quando o paciente não consegue falar sobre determinado assunto. No último momento o terapeuta adota uma entrevista mais estruturada visando preencher as lacunas existentes. A mudança de etapa depende do feeling do terapeuta, pois é necessário saber quando falar, calar ou escutar (OCAMPO, 2009).

As entrevistas podem ser divididas em estruturada, semiestruturada ou livre. A primeira é composta de perguntas fechadas onde o entrevistador não precisa muita habilidade, visto que remete a respostas curtas como sim, não, concordo, discordo etc. Geralmente estas entrevistas dirigidas com perguntas estruturadas são utilizadas para pesquisas como censo ou entrevistas epidemiológicas.

Já a entrevista semiestruturada demanda conhecimento e experiência quando o objetivo é clínico. Aqui o entrevistador tem objetivos bem definidos e quais informações precisa coletar, cabendo a ele conduzir a conversa de tal forma que o objetivo seja atingido. “As entrevistas semiestruturadas são de grande utilidade em settings onde é necessária ou desejável a padronização de procedimentos e registros de dados, como nas clínicas sociais, na saúde pública, na psicologia hospitalar” (CUNHA, 2000 p. 49). Como é caso dos Serviços-Escola.

Para Cunha (2000) nenhuma entrevista é completamente livre, pois existem situações onde o entrevistador precisa fazer algum tipo de intervenção visando atingir o objetivo da entrevista. Logo a entrevista sofre algum tipo de estruturação deixando de ser completamente livre.

Como já mencionado antes a triagem é responsável por identificar a demanda

e definir a urgência pelo atendimento, porém um problema comum nos serviços-escola é a evasão/desistência e o segundo é o tempo de espera. Muitos, devido ao tempo de espera, desistem do atendimento e outros iniciam o processo e posteriormente desistem (GUERRELHAS; SILVARES, 2000)

Desistir do tratamento significa terminar um processo de forma antecipada e a decisão é unilateral pois vem do paciente. Dentre os motivos da desistência podem ser evidenciadas variáveis demográficas, psicológicas, e atitude do terapeuta. Outro fator a ser analisado é o momento da desistência, ou seja, na triagem, antes do encaminhamento ou quando processo está em andamento.

Romaro, Capitão (2003) consideram a triagem uma ferramenta para amenizar a desistência, pois seleciona casos de acordo com as possibilidades de atendimentos do Serviço-Escola, estabelecendo tempo de espera, encaminhamento e possibilidades de desistência.

Nesta mesma linha de consideração May (1991) apud Guerrelhas e Silvares (2000) enfatizam a importância da entrevista de admissão como sendo uma forma de amenizar a evasão, pois considera que muitos que recorrem aos atendimentos estão mais preocupados com o encaminhamento a um conselheiro do que num tratamento prolongado.

Herzberg, (1996) apud Guerrelhas e Silvares (2000) destacam a importância dessa primeira acolhida, que permite aprofundar os motivos que levaram o usuário a procurar o atendimento, verificando sua verdadeira necessidade e seu nível de engajamento ou motivação para o atendimento. O esperado deste contato mais aprofundado é reduzir o nível de desistência e aumentar o número de pessoas que realmente estão interessadas no atendimento (HERBERG; CHAMMAS, 2009).

Como já mencionado, a demanda é sempre maior que a capacidade de atendimento nos Serviço-Escola, por esta razão uma intervenção pontual sempre é positiva, pois é muito comum pessoas ficarem na fila de espera por um longo período e quando são chamados a problemática já é outra. Esta medida deve ser adotada no sentido de amenizar a crise e não reduzir o problema, considerando-o algo simples e de fácil solução. É uma forma de proporcionar um retorno pontual ao usuário mesmo sendo limitado (HERBERG; CHAMMAS, 2009).

Esta dificuldade em atender todos os interessados dá-se a devido à realidade de funcionamento do serviço-escola. Como este espaço atende a duas necessidades: a formativa e a social, ambas precisam ser contempladas. Na maioria das vezes é

respeitado o calendário letivo da instituição de ensino, e ainda o tempo de formação necessário para que o estagiário esteja apto para desempenhar a tal função (HERBERG; CHAMMAS, 2009).

1.3 ANAMNESE

A anamnese é uma outra ferramenta utilizada no início do processo psicoterápico com objetivo de construir uma breve linha do tempo do paciente identificando os principais acontecimentos da sua história pessoal. Para Cunha (2000) a anamnese é também entendida como história pessoal justamente por descrever de forma sistemática e formal a trajetória do paciente. É uma entrevista semiestruturada que destaca pontos do desenvolvimento visando resgatar o maior número possível de dados que venham contribuir para o entendimento do caso. “A história pessoal pressupõe uma reconstituição global da vida do paciente, como um marco referencial em que a problemática atual se enquadra e ganha significações” (CUNHA, 2000, p. 59).

Conforme objetivos previamente definidos para o exame focaliza-se alguns pontos que merecem mais atenção, porém tudo depende da natureza e quantidade dos dados coletados. Segundo Cunha (2000) é praticamente impossível ter acesso a todos os dados necessários sobre a vida do cliente, até por que muitas vezes a própria pessoa não tem todos os dados ou, não expõem por motivos defensivos, omitirá informações relevantes.

Esta entrevista é mais voltada para o público infantil visto que destaca as principais fases do desenvolvimento da criança. Entretanto existem algumas abordagens que privilegiam informações sobre as diferentes fases da vida e se beneficiam desta importante ferramenta (CUNHA, 2000). No núcleo de psicologia a triagem e a anamnese são dois procedimentos padrões adotados em quase todos os atendimentos.

A autora anteriormente citada considera imprescindível que o psicólogo clínico saiba realizar uma entrevista de anamnese, pois esta facilita a compreensão quanto ao desenvolvimento do cliente. Existem abordagens que privilegiam o desenvolvimento do indivíduo e a anamnese é uma ferramenta útil pois explicita de forma cronológica essas fases e acontecimentos.

Cunha (2000) descreve alguns pontos importantes a serem considerado na

anamnese. Estes pontos serão destacados a seguir pois vem ao encontro do modelo utilizado no Serviço-Escola da presente pesquisa. Lembrando que a anamnese é uma ferramenta utilizada com adultos e crianças, mas prioritariamente com crianças. A anamnese infantil é disposta da seguinte forma:

- Identificação: neste tópico coleta-se o nome do cliente, data de nascimento, idade, sexo, naturalidade, escolaridade, endereço, telefone, rua e bairro onde mora, telefone, nome dos pais ou responsáveis e local de trabalhos de ambos.
- Composição familiar: neste tópico de forma resumida constroem-se uma tabela dispondo de todos os integrantes que moram atualmente com o paciente. Dentro deste espaço coleta-se ainda sexo, idade, estado civil, grau de parentesco e grau de convivência com cada membro da família. Este procedimento é do que possibilita a construção de um genograma, permitindo melhor entendimento da dinâmica familiar.
- Gestação: este espaço tem questões sobre planejamento da gestação, acompanhamento dos pais, reação com a notícia da gravidez para o casal, nascimento, tipo de parto se houve ou não depressão pós-parto.

Cunha (2000) faz menção a importância do relato detalhado de como transcorreu o processo de gestação ou adoção, visando identificar fatores físicos e psicológicos.

Buscar entender se teve acompanhamento médico recorrentemente, se realizou o pré-natal, aspectos nutricionais, uso de algum tipo de droga, algum acidente, algum fato significativo na vida da mãe ou do casal, qual era o estado psicológico da mãe durante a gravidez, temores fantasias enfim todos os aspectos possíveis de serem levantados sobre a gestação. Como foi o parto, se houve alguma complicação com a mãe ou com o bebê.

- Desenvolvimento: como foi o aleitamento a sucção, deglutição, como se estabeleceu a relação mãe e bebê. Como os pais e irmãos reagiram às mudanças ocorridas devido a inclusão de mais um membro na família. Como ocorreu a participação paterna nesse processo e ainda em que período ocorreu o desmame.
- Desenvolvimento psicomotor: se engatinhou, com que idade, e com que idade andou.

- Desenvolvimento da linguagem: com quantos começou a falar as primeiras palavras, apresentou algum incidente como gagueira ou algum outro tipo de dificuldade.
- Sono: como é o sono agitado, calmo, fala dormindo, apresenta bruxismo, dorme durante o dia. Que horas costuma dormir e acordar.

Cunha (2000) considera importante esclarecer como ocorreu a amamentação, se houve a presença de cólica ou não, distúrbios precoces do sono, investigar sobre o meio onde a criança e mãe estavam inseridos durante este processo, se o ambiente contribuiu para o desenvolvimento ou não. Demonstração de afeto e cuidado ou ausência deste, enfim, alguns aspectos importantes a serem considerados.

- Saúde: Se teve algum tipo de doença, vai ao médico regularmente, ou teve algum tipo de convulsão, desmaio, se já foi hospitalizado, já fez algum tipo de cirurgia?
- Hábitos: algum tipo de costume como chupar o dedo, uso de chupeta, roer as unhas, expressão de raiva, tiques, enurese, terrores noturnos, medos e idade em que isso aconteceu.
- Comportamentos atípicos como pesadelo noturno, urinava na cama, tinha algum tipo fobia, masturbação compulsiva, maltrato a animais, provocar algum dano como incêndio. Estes são comportamentos a serem investigados pois podem ser os primeiros sinais de distúrbio psicológico, sendo importante sempre considerar a recorrência e a intensidade dos sintomas. (CUNHA, 2000).
- Socialização: atividades diárias, o que faz quando está em casa, suas companhias e suas idades, facilidade em fazer amizade, mudança de humor, reações afetivas.
- Vestuário; consegue se vestir, amarrar o tênis, e tomar banho sozinho?
- Escolaridade: desempenho acadêmico, se já repetiu de ano, se tem alguma reclamação da escola, gosta de estudar, ou não.

Analisar as forças e fraquezas do aprendizado, em que área ocorreu defasagem, suas causas, medidas tomadas e mudanças para a criança. Houve necessidade de reforço escolar? Esclarecer se a dificuldade está relacionada a algum evento em específico, ou se a dificuldade é de origem orgânica (CUNHA, 2000).

- Relacionamento: se a criança é protegida ou rejeitada por alguém, se é dependente de alguém. Qualidades e defeitos identificados pelos pais. Tipo de encaminhamento, queixa principal, histórico de vida, tratamentos anteriores e expectativa do tratamento.

Já a anamnese destinada adultos são abordados os seguintes temas: história do indivíduo, qual é sua ocupação no momento, como estão suas relações sociais e afetivas, área sexual, e vida conjugal.

- E as transições da vida: Investigar sobre a área ocupacional, como ocorreu a escolha profissional, nível de, êxitos e fracassos, se existem planos de mudança de carreira, planos acadêmicos. Como é a relação do indivíduo com os colegas, chefes, subordinados. Como está sua condição financeira, relação com os problemas atuais ou não.
- Relacionamentos sociais, como são construídos seus relacionamentos, grau de profundidade, qualidade e duração dos relacionamentos. Dificuldades encontradas para manter relacionamentos.
- No campo da sexualidade podem serem explorados assuntos como: experiências, escolha e troca de parceiros, problemas relacionados com a sexualidade como disfunção sexual. Quando o indivíduo está vivendo um relacionamento estável, temas como nível de satisfação, preferências, frequência e grau de satisfação do parceiro.
- Situações da vida adulta: sabe-se que ao longo da vida várias mudanças vão ocorrendo como mudanças no trabalho ou falta dele, dificuldade financeira, nascimento dos filhos, doenças, acidentes, mortes de algum membro da família, casamento dos filhos, nascimento dos netos, menopausa aposentadoria, enfim, mudanças cotidianas que provocam algum tipo de crise (CUNHA, 2000).

Como já enfatizado o Serviço-Escola atua com a presença de estagiários na fase final do curso de psicologia, considerando que os mesmos precisam estar devidamente matriculados no estágio supervisionado obrigatório em psicologia clínica. Considerando esta realidade sabe-se que os estagiários respeitam os dias letivos de acordo com cada semestre. Por esta razão o tempo de atendimento precisa respeitar as datas de acordo com o semestre vigente. É um tempo suficiente para a realização de psicoterapia dentro da modalidade breve. Por se tratar de uma prática

recorrente no Serviço-Escola esta modalidade será tratada seguir.

1.4 PSICOTERAPIA BREVE

A psicoterapia também conhecida como a cura pela fala, tem suas raízes na medicina, religião, fé, e também no hipnotismo. No final século XIX a psicoterapia passou a ser utilizada para atender demandas como doenças nervosas e mentais sendo de uso restrito à psiquiatria. No decorrer dos anos seguintes, já no século XX, outros profissionais passaram a utilizar-se da psicoterapia entre eles psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais (CORDIOLLI, 2008).

Nota-se que, apesar da inserção de outros profissionais, prevaleceu o modelo médico, pois permaneceram os termos utilizados pela medicina como, paciente, diagnóstico, doença, etiologia, plano de tratamento, prognóstico, indicação e contraindicação.

Com a integração de outros profissionais foram desconstruídas as fronteiras existentes no modelo médico de atendimento. Junto com essas mudanças começaram a surgir diferentes concepções que buscavam explicar o funcionamento mental. Várias escolas surgiram, e para validar suas teorias promoveram congressos, cursos de formação, definindo seus modelos muitas vezes conflitantes e até antagônicos.

Cordioli (2008) usa o termo babel para designar a confusão entre os profissionais e também nos usuários. Este processo conturbado é responsável pela permanência dos termos relacionadas à medicina, entre eles paciente, diagnóstico, doença, etiologia, plano de tratamento, prognóstico, indicação e contraindicação.

Estas teorias que foram surgindo eram contraditórias e confusas pois não havia o rigor científico, muitas não eram avaliadas nem comprovadas. Ao longo do século XX surgiu a preocupação de validar as teorias. Autores de diferentes concepções iniciaram pesquisas para comprovar a efetividade das diferentes modalidades de psicoterapias.

Hoje pode se dizer que a psicoterapia funciona. Cada abordagem possui seus fundamentos que norteiam a prática psicoterápica. Mas para uma psicoterapia atingir seus objetivos existem outros fatores além da técnica que são fundamentais, entre eles características do psicoterapeuta: sua capacidade de empatia, seu interesse pela demanda do paciente, sua capacidade de reciprocidade com o paciente, sua

capacidade de vínculo. Já o paciente precisa estar motivado para o processo de mudança, ter capacidade de vincular-se temporariamente ao terapeuta e suas expectativas devem estar alinhadas com os objetivos a serem atingidos.

Mas afinal o que diferencia a psicoterapia das outras relações humanas como por exemplo uma conversa com amigos ou família?

A psicoterapia é um método de tratamento mediante o qual um profissional treinado, valendo-se dos meios psicológicos, especialmente a comunicação verbal e a relação terapêutica, realiza, deliberadamente, uma variedade de intervenções, com o intuito de influenciar um cliente ou paciente, auxiliando-o a modificar problemas de natureza emocional, cognitiva e comportamental, já que ele procurou com essa finalidade (CORDIOLI, 2008, p. 21).

Fica evidente que a psicoterapia diferencia-se de outros contatos devido existência de método do preparo técnico do profissional e da formulação de objetivos à serem atingidos. A psicoterapia é um processo interpessoal que envolve um profissional capacitado para orientar um paciente ou cliente com demandas de ordem psicológica que solicita ajuda. O tratamento é planejado de acordo com a demanda do paciente visando modificar ou solucionar a queixa inicial.

A psicoterapia difere dos outros tratamentos devido a interatividade estabelecidos entre terapeuta e paciente. Trata-se de um processo colaborativo, onde ambos são ativos no processo de alívio da demanda, ao contrário de uma consulta médica onde o processo é unilateral, o médico exerce uma ação unilateral sobre o paciente. No processo psicoterápico é necessário envolvimento de ambas as partes para ter resultado positivo.

Há uma grande pluralidade de modelos e concepções de psicoterapias, porém Cordioli (2008, p. 22) destaca alguns elementos que são comuns em todas as elas.

A psicoterapia ocorre no contexto de uma relação de confiança emocionalmente carregada em relação ao terapeuta.

A Psicoterapia ocorre em um contexto terapêutico, no qual o paciente acredita que o terapeuta irá ajudá-lo e confia que esse objetivo será alcançado.

Existe uma ação racional, um esquema conceitual ou um mito que provê uma explicação plausível para o desconforto (sintoma ou problema) e um procedimento ou um ritual para ajudar o paciente a resolvê-lo.

Para um modelo ou concepção terapêutica ser considerado consolidado é necessário respeitar alguns princípios como: ter embasamento teórico que sustente a atuação do psicoterapeuta na identificação do sintoma e no tratamento; objetivos explicitamente definidos na modificação do sintoma; constatação empírica da efetividade da técnica proposta; comprovação de que a modificação dos sintomas são

decorrentes do tratamento; as modificações da problemática precisam manter-se por longo tempo e a técnica precisa demonstrar algum benefício a mais, comparado com as outras abordagens já consolidadas (CORDIOLLI, 2008).

A psicoterapia é também uma arte, na medida em que depende das características pessoais do terapeuta, das habilidades adquiridas em prolongados treinamentos e supervisões e do tipo de par paciente-terapeuta que se estabelece em cada psicoterapia. Além do conhecimento instrumental próprio de cada modelo de psicoterapia, o bom senso e o timing são essenciais para o uso otimizado de tais recursos. Utilizá-los é uma arte (CORDIOLLI, 2008, p. 22)

Nas últimas décadas a psicoterapia breve vem ganhando bastante espaço. Principalmente em instituições como serviço-escola que prestam atendimento à comunidade. É importante destacar que não é restrita a estas instituições ou que esteja disponível somente a população mais carente (OLIVEIRA, 1999).

Esta vem ganhando espaço também nos consultórios particulares, devido às demandas pontuais dos pacientes. O tratamento muito prolongado perde viabilidade, muitas por falta de condições econômicas ou motivação de manter um tratamento a longo prazo.

Há quem diga que a psicoterapia breve surgiu dentre tantas razões para atender à realidade atual visto que as pessoas não dispõem de muito tempo. Tem duração inferior quando comparada a psicoterapia clássica. É um processo relativamente mais curto com previsão de término, porém apresenta sistematização própria e objetivos definidos com foco na evolução (FERREIRA, 1997). “Terapia breve significa que num prazo relativamente curto temos de identificar os sintomas dos pacientes, num tal grau, que ele se torne capaz de atuar por conta própria” (RIBEIRO, 2009, p. 154)

Seguindo esta mesma linha de consideração Oliveira (1999) enfatiza que a psicoterapia breve é uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos bem delineados. Os objetivos são definidos a partir do primeiro contato, neste caso a triagem, onde o psicoterapeuta estabelece uma compreensão diagnóstica do caso e delimita um foco para o processo. Os objetivos precisam estar alinhados para que num curto espaço de tempo (que pode estar definido ou não) sejam alcançados resultados satisfatórios.

Ferreira (1997) destaca a existência de três tipos dentro da psicoterapia breve entre eles;

- Psicoterapia breve mobilizadora: ação terapêutica de incitar o paciente a vivenciar no aqui e agora a ansiedade existente nos processos mórbidos que por algum motivo ainda não se encontra apto a lidar no processo terapêutico.
- Psicoterapia breve de apoio: ação terapêutica que visa o alívio da ansiedade frente a problemas de ordem emocionais. Bem pertinente para pacientes hospitalizados pois para muitos, a maior dificuldade é lidar com problemas somáticos que o levou até o hospital.
- Psicoterapia breve resolutiva: como o próprio nome sugere serve resolver o problema, dito de outra forma efetivamente tratar. Resgatar a origem das crises vividas pelos pacientes evidenciando solucionar o problema.

A psicoterapia breve tem como ideia principal buscar junto ao paciente soluções para sua aflição, para isso é necessário resgatar o campo do mundo externo, posteriormente o mundo interno buscando entender a origem do sofrimento, sem se deter por longos caminhos de modificação (FERREIRA, 1997). É importante destacar que esta é a perspectiva psicodramática.

Na mesma linha de consideração Ribeiro (2009) enfatiza que psicoterapia breve é um processo onde cliente e terapeuta buscam a solução imediata da situação seja ela de qualquer ordem, resgatando todos os recursos disponíveis, visando sempre que num curto espaço de tempo o cliente consiga sentir-se confortável para conduzir sozinho sua vida.

É importante mencionar a diferença entre Ferreira quando refere-se ao indivíduo como paciente numa visão psicodramática, e Ribeiro quando faz menção a cliente, considerando a visão da Gestalt-Terapia.

Segundo Ribeiro (2009) autor na psicoterapia breve o vínculo estabelecido entre terapeuta e paciente precisa ser transitório baseado na relação dialógica envolta pela empatia. Outro fator importante é a definição de objetivos, pois o principal desafio é alcançar novamente o equilíbrio vivido pelo paciente antes do problema ou da crise. O terapeuta precisa estar atento e focalizar no problema ou na crise pois daí depende o êxito do processo.

O termo breve é explicado por Ferreira (1997) da seguinte forma:

Trata-se efetivamente da limitação de tempo de duração do tratamento determinado desde o início do trabalho, o qual tem por finalidade não somente questões socioeconômicas institucionais ou particulares, mas também a observação de que uma situação de crise é limitada no seu tempo de duração (p. 34)

O processo psicoterápico breve pode ser dividido em três momentos: o primeiro corresponde ao clareamento, identificação da principal demanda do cliente e sua reação frente ao tratamento psicoterápico. O segundo é o esclarecimento, construção de alternativas para solucionar a problemática. O terceiro é a resolução, como o próprio nome sugere é a conclusão do processo psicoterápico (FERREIRA, 1997).

Na visão deste autor psicoterapia breve proporciona ao paciente uma experiência emocional corretiva, pois permite que o mesmo vivencie e compreenda sua problemática em um ambiente acolhedor e seguro, no qual ele possa reelaborar seus conflitos, reestruturando suas vivências.

Ferreira ainda faz menção de alguns critérios de indicação da psicoterapia breve dentre eles podemos mencionar:

- Início recente dos transtornos: quando os sintomas são manifestos recentemente, ou em casos de episódios agudos dentro de um transtorno crônico.
- Capacidade egoíca: que envolve vários fatores entre eles: capacidade de tolerância à frustração, ansiedade, capacidade de introspecção, capacidade de insight do paciente, que podem predizer um bom prognóstico em psicoterapia.
- Motivação para o tratamento: o autor considera o fator mais importante para o sucesso da psicoterapia, pois o paciente precisa ter consciência do porquê está ali, que aquele mal que lhe perturba não lhe pertence e ele precisa lidar com isso.
- Fatores do terapeuta: neste caso envolve a capacidade técnica no que se refere à avaliação diagnóstica, como também à capacidade de empatia em relação ao cliente.

Segundo Enéas, Faleiros e Sá (2000) a psicoterapia breve vem sendo oferecida em clínicas-escola desde 1982, devido a inviabilidade de aplicação de psicoterapias tradicionais a longo prazo. Pode-se dizer que a psicoterapia breve é cada vez mais aceita pelos profissionais, pois permite num limite de tempo trabalhar demandas mais

recentes e pontuais. No caso das clínicas-escola a limitação de tempo da psicoterapia resultou em melhor atendimento à comunidade e ampliação de vagas.

Dentre as principais particularidades da psicoterapia breve podemos destacar: objetivo pontual, tempo previamente definido para o término, alívio da problemática em um curto período de tempo, compreensão dos benefícios do processo. O terapeuta em formação consegue visualizar com clareza sua atuação, pois a oportunidade de participar de todo o processo.

Terapeuta e cliente conseguem ao longo do processo avaliar o andamento, sempre atendo-se à viabilidade de alcançar o objetivo desejado. Outro benefício desse processo abreviado está na possibilidade de maior suporte de demanda por parte da instituição. Na visão das autoras Enéas, Faleiros e Sá (2000) a psicoterapia breve veio para ficar, pois corresponde de forma satisfatória às demandas acadêmicas, técnicas e sociais, atendendo simultaneamente o aluno em formação como também as necessidades da comunidade.

A psicoterapia pode ser individual, familiar, de casal e em grupo. Estas modalidades surgiram devido a descontentamento de muitos profissionais com a evolução de alguns tratamentos. Observou-se que muitas pessoas não progrediam em seus processos por sofrer interferência de outros membros da família, então foi constatado a necessidade de trazer outros membros da família para contribuir com o processo. A contribuição de outros membros resulta no maior entendimento do surgimento e manutenção da patologia (CORDIOLI, 2008).

1.5 PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL

Desde 27 de agosto de 1962, conforme a Lei Federal 4.119/92, ficou regulamentada a profissão do psicólogo. No capítulo III desta lei no artigo 13 foram definidos como funções privativas do psicólogo a prática de diagnóstico psicológico e a realização do psicodiagnóstico (CARRASCO; SÁ, 2009).

Para entender melhor o psicodiagnóstico é importante mencionar a avaliação psicológica, visto que este pode ser considerado uma categoria dentro da avaliação psicológica realizada por psicólogos clínicos. A avaliação e os testes psicológicos surgiram no fim do século XIX e início do século XX (CUNHA, 2007).

Esta é a justificativa para uma visão equivocada dos psicólogos, pois no ideário leigo este profissional é um mero aplicador de testes. Atualmente o psicólogo recorre

a estas ferramentas quando estabelece objetivos bem definidos visando encontrar respostas mais fidedignas a problemas específicos. A testagem representa parte do processo de avaliação, não corresponde ao processo todo (CUNHA, 2007).

O psicodiagnóstico emanou da psicologia clínica. Entre os precursores temos Lighter Witmer em 1896, seguindo o modelo da psicologia acadêmica e as tradições médicas. Outro contribuinte foi Galton, enfatizando as diferenças individuais. Cattell por sua vez instituiu as primeiras provas conhecidas como testes mentais. E ainda Binet, talvez o mais conhecido, propôs a utilização de exames psicológicos. Notadamente a psicometria ganhou espaço com a difusão da escala de Binet e ainda a elaboração dos testes americanos Alfa e Beta. Além desses episódios marcantes a psicometria se consolidou como ferramenta psicológica que garante a cientificidade dos instrumentos psicológicos.

Hutz et al. (2016) no livro *Psicodiagnóstico Avaliação Psicológica* trazem uma discussão sobre como diferenciar diagnóstico psicológico de psicodiagnóstico. Para Arzeno (1995) o que diferencia o psicodiagnóstico das outras avaliações é aplicação de testes. Para Cunha (2000, p. 35) o que diferencia o psicodiagnóstico das outras avaliações psicológicas é o seu objetivo principal;

Num sentido lato, o psicodiagnóstico consiste sobre tudo, na identificação de forças e fraquezas no funcionamento psicológico e se distingue de outros tipos de avaliação psicológica de diferenças individuais por seu foco da existência ou não de psicopatologia.

Continuando para ela “Psicodiagnóstico é uma avaliação psicológica, feita com propósitos clínicos; portanto, não abarca todos os modelos de avaliação psicológica de diferenças individuais” (CUNHA, 2007, p.19). O psicodiagnóstico é um processo científico que tem duração estipulada, utiliza-se de técnicas e testes com a finalidade de identificar e avaliar aspectos específicos. Não existe um modelo absoluto visto que precisa ser adaptado de acordo com a demanda de cada cliente (BORSA et al. 2013). Ainda nessa mesma linha de consideração Cunha (2007) aponta que o psicodiagnóstico é considerado um processo científico pois parte de um levantamento prévio de hipóteses que são confirmados ou não no decorrer do processo.

Krug (2014) apud Hutz et al. (2016) para ressaltar que o psicodiagnóstico aplicado por psicólogos clínicos é diferente de outras avaliações devido a aplicação de testes. Por outro lado, Trinca (1983) apud Hutz et al. (2016) alude que um psicodiagnóstico não necessariamente demanda a aplicação de testes, a aplicação

ou não vai depender do pensamento clínico do psicólogo em relação ao paciente.

Para o Conselho Federal de Psicologia

A avaliação psicológica é compreendida como um amplo processo de investigação, no qual se conhece o avaliado e sua demanda, com o intuito de programar a tomada de decisão mais apropriada do psicólogo. Mais especialmente, a avaliação psicológica refere-se à coleta e interpretação de dados, obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica (CFP, 2013 p. 11)

Nota-se que a avaliação psicológica é entendida como um processo investigativo e interventivo, pois não adianta apenas identificar a demanda é preciso buscar o alívio da problemática. Quando se fala em conjunto de procedimentos confiáveis, estes podem ser entendidos como testes, porém vai depender de cada situação específica. A diferença entre avaliação psicológica e testagem, a primeira corresponde a um processo global que envolve múltiplas técnicas como: entrevista, observação e análise documental, enquanto que a segunda se resume em aplicação de testes.

Como faz notar Carrasco e Sá (2009) os testes são importantes ferramentas desde que sejam aplicados para um determinado fim, pois um teste aplicado de forma isolada não diz nada. A aplicação de testes exige conhecimento sobre, estes e ainda domínio na aplicação, pois testes mal aplicados ou aplicados de forma incorreta e ou interpretações equivocadas anulam sua utilidade.

Por isso subentende-se que o profissional ou estagiário que se propõe a realizar um psicodiagnóstico tenha conhecimento teórico e também conhecimento técnico no manuseio, aplicação e interpretação dos testes. No caso dos estagiários, estes precisam receber de forma equilibrada em conhecimento teórico e prático sobre os testes. Pois o estagiário precisa estar habilitado e seguro para aplicar qualquer tipo de técnica (CARRASCO; SÁ, 2009).

Dentre os principais objetivos do psicodiagnóstico estão; classificação simples ou nosológica, prevenção ou prognóstico. Esta técnica não tem a pretensão de rotular o indivíduo, porém busca explicar de forma clara informações que muitas vezes não estão explícitas. Com a aplicação de entrevistas, observações, testes psicológicos e resgate das condições clínicas do cliente é possível montar um grande quadro e chegar a um resultado sobre o mesmo (ARZENO, 1995; CARRASCO; SÁ, 2009).

Institucionalmente, o processo psicodiagnóstico configura uma situação com

papéis bem definidos e com um contrato no qual uma pessoa (o paciente) pede que o ajudem, e outra (o psicólogo) aceita o pedido e se compromete a satisfazê-lo na medida de suas possibilidades. É uma situação bi pessoal (psicólogo- paciente ou psicólogo –grupo familiar), com duração limitada, cujo o objetivo é conseguir uma descrição e compreensão, o mais profunda e completa possível, da personalidade total do paciente ou grupo familiar (OCAMPO et al. 2009, p.11).

No Serviço-escola o psicodiagnóstico tem o objetivo realizar uma avaliação compreensiva analisando aspectos como o nível de funcionamento da personalidade, níveis de defesa e as funções mentais, considerando o indivíduo de forma global em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos (CARRASCO; SÁ, 2009).

A consolidação de um psicodiagnóstico segue alguns passos, porém não existe um modelo fixo, cabendo ao profissional decidir o melhor a ser feito. Porém Cunha (2007) faz menção de alguns passos e comportamentos relevantes para o psicodiagnóstico (Quadro 1).

Quadro 1 – Passos do psicodiagnóstico

Comportamentos específicos	Passos do Psicodiagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> Determinar motivos de encaminhamento, queixas e outros problemas Iniciais. 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento de perguntas relacionadas com motivos da consulta e definição das hipóteses iniciais e dos objetivos do exame.
<ul style="list-style-type: none"> Levantar dados de natureza psicológica, social, médica, profissional e ou/ escolar, etc. Sobre o sujeito e pessoas significativas, solicitando eventualmente informações de fontes complementares. Colher dados sobre a história clínica e história pessoal, procurando reconhecer denominadores comuns com a situação atual, do ponto de vista psicopatológico e dinâmico. Realizar o exame do estado mental do paciente (exame subjetivo), eventualmente complementado de outras fontes (exames Objetivos). Levantar hipótese iniciais e definir os objetivos do exame. Estabelecer um plano de avaliação. Estabelecer um contrato de trabalho com o sujeito ou responsável. 	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento, seleção e utilização de instrumentos de exame psicológicos.
<ul style="list-style-type: none"> Administrar testes e outro instrumentos psicológico. Levantar dados quantitativos e qualitativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento quantitativo e qualitativo dos dados.
<ul style="list-style-type: none"> Selecionar, organizar todos os dados significativos para os objetivos do exame, conforme o nível de interferência previsto, com os dados da história e características das circunstâncias atuais de vida do examinando. 	<ul style="list-style-type: none"> Integração de dados e informações e formulação de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame.
<ul style="list-style-type: none"> Comunicar resultados (entrevistas devolutivas, relatórios, laudos, parecer e outros informes), propondo soluções, se for o caso, em benefício do examinando. Encerrar o processo. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação de resultados, orientação sobre o caso e encerramento do processo.

Fonte: Cunha (2007, p. 30-31).

Ocampo et al. (2009) dividem o psicodiagnóstico em quatro momentos, sendo que o primeiro corresponde a entrevista inicial ou triagem. Este primeiro momento é essencial em todas as abordagens, é o momento de estabelecer o *rapport*, ou seja, estabelecer sintonia entre paciente e terapeuta de forma empática. O segundo momento corresponde a aplicação de técnicas projetivas escolhidas pelo terapeuta de acordo com demanda e também idade do paciente. O terceiro momento corresponde ao encerramento do processo, quando é feita uma devolutiva oral ao paciente ou responsáveis pontuando o que foi mais relevante. Em último lugar é feito um informe escrito ao remetente, ou seja, a quem solicitou a avaliação.

Quem solicita um psicodiagnóstico geralmente são médicos, psiquiatras, pediatras, neurologistas, comunidade escolar, juízes, advogados ou ainda pessoas que o buscam espontaneamente. Como já mencionado, o psicólogo clínico é o profissional que frequentemente realiza este processo.

Porém o psiquiatra ou o neurologista também podem realizar um diagnóstico com algumas ressalvas. No caso desses profissionais, eles utilizam o modelo médico, sem uso de técnicas ou testes que são de uso privativos dos psicólogos clínicos. Nota-se a diferença entre diagnóstico (modelo médico) e o psicodiagnóstico que envolve técnicas e testes exclusivos do psicólogo. E ainda uma equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, neurologista, orientador educacional e assistente social) podem realizar o diagnóstico em conjunto, desde que cada profissional contribua com o seu modelo próprio de atuação visando um objetivo comum (CHUNHA, 2007).

Neste trabalho o olhar é voltado ao psicólogo clínico. O profissional inicia com um contrato verbal de trabalho firmando com o próprio cliente ou com responsável, quando colhe informações que servem como base para o planejamento da avaliação e o levantamento de hipóteses. Partindo desse princípio são definidos os instrumentos que serão utilizados (CUNHA, 2000).

Nesta mesma linha de consideração Ocampo et al. (2009) enfatizam o enquadramento, podendo estes ser entendido ainda como contrato terapêutico ou contrato de trabalho. Esse enquadramento corresponde à definição do funcionamento do processo, esclarecendo os papéis desempenhados pelo terapeuta e pelo paciente, enfatizando natureza e limites das funções, além da definição do lugar onde ocorrerão os encontros, horário e tempo aproximado das sessões e ainda honorários quando for o caso.

O psicodiagnóstico é visto como um processo científico, pois a partir de um

levantamento de hipótese busca a confirmação ou não do problema. O plano de avaliação é estruturado a partir de perguntas e da hipótese previamente levantada, definindo também os instrumentos e os tempos de aplicação. O psicólogo tem o dever de saber quais instrumentos atendem às necessidades metodológicas do processo (CHUNHA, 2007).

Os objetivos de um psicodiagnóstico variam de acordo com a complexidade de cada caso. O psicodiagnóstico pode ter um caráter preventivo, pois tem a possibilidade de identificar problemas precocemente, avaliando forças e fraquezas do ego, capacidade de enfrentamento de situações novas, conflitivas.

Cunha (2000, p. 33) traz à tona o desafio na identificação do problema. “Um problema é identificado quando são reconhecidas alterações ou mudanças nos padrões de comportamento comum, que podem ser percebidas como sendo de natureza quantitativa ou qualitativa”. O profissional por sua vez recebe um indivíduo com uma demanda até então desconhecida, não identificável à primeira vista, já o cliente vem com muitas dúvidas, fantasias e busca por explicações. Este muitas vezes vem protelando a busca por ajuda por não saber diferenciar o normal do patológico.

No caso das crianças, muitos pais resistem a ideia de procurar ajuda por certos comportamentos dos filhos, considerando isto como algo passageiro momentâneo. A confiança no tempo faz com que muitos pais pequem na distinção entre desajuste ocasionais e prolongados. Os adultos frente as problemáticas tendem a resistir procurando explicações circunstanciais ou ainda tentam enfrentar sem ajuda de ninguém.

Sabe-se que o sujeito quando se depara com uma crise, não procura ajuda imediatamente, o mesmo tenta lidar com a situação a partir de seus recursos naturais com sua capacidade enfrentamento até mesmo com suas defesas psicológicas. Quando ele chega até o profissional, considera-se que o mesmo recorreu a as suas possibilidades e não foi suficiente para resolver sua problemática. O psicólogo precisa identificar: fatores internos e externos que constituem a problemática, percepção do sujeito em relação aos sintomas, existência de patologia, quem sugeriu a avaliação, condição emocional, se existe preconceito com relação as doenças mentais. Pois todos estes fatores influenciam na colaboração do indivíduo na execução do psicodiagnóstico (CUNHA, 2000).

“Cabe ao psicólogo examinar as circunstâncias que precederam a consulta, avaliar as maneiras de perceber o problema e delimitá-lo, atribuindo a sinais e

sintomas sua significação adequada” (CUNHA, 2000, p. 33). Ressalta-se a complexidade do psicodiagnóstico e também a responsabilidade do profissional de psicologia, pois considerar esses diversos fatores não é uma tarefa simples.

O indivíduo quando recorre à ajuda já tentou de várias formas amenizar o sofrimento passando por fases de resistência, angústia, sentimentos ambivalentes e desconforto frente ao desconhecido. A resistência num primeiro momento está relacionada ao problema, depois reside em enfrentar o desconhecido. Muitos não sabem qual é o trabalho do psicólogo, pois ainda persiste uma visão estereotipada no ideário social sobre estes profissionais.

Carrasco e Sá (2009) consideram a entrevista semi-dirigida a mais adequada para o psicodiagnóstico, pois permite ao paciente a oportunidade de falar livremente sobre todos os aspectos de sua vida sejam positivos estes ou negativos. Por outro lado, este modelo de entrevista permite a intervenção do entrevistador nos casos onde o assunto parou de fluir ou nos casos onde precisa esclarecer aspectos pontuais do paciente.

1.5.1 Entrevista inicial

Anteriormente foi trabalhado com o conceito de entrevista inicial ou triagem como um procedimento padrão para todos os atendimentos, pois caracteriza como a acolhida do paciente no processo psicoterápico. A seguir será tratado da entrevista inicial voltada para o psicodiagnóstico. A entrevista inicial no psicodiagnóstico permite compreender a problemática, muitas vezes não é explícita na fala do sujeito cabendo ao profissional analisar o encontro de forma global. Essa entrevista é feita com o próprio sujeito no caso dos adultos e com um responsável no caso das crianças.

O indivíduo quando marca a primeira consulta, segundo Cunha (2000), formaliza o início do processo. Sabe-se que a primeira consulta é envolta de sentimentos de negação e resistência, onde o paciente já fez de tudo para evitar o pedido de ajuda, porém o problema fugiu do seu controle, e o limite do sofrimento se esgotou. Quando o mesmo recorre ao tratamento é por que não existe mais formas de esconder ou negar a problemática. Cabe ao psicólogo lidar com as resistências e sentimentos de ambivalências do paciente, sendo empático acolhendo sem crítica, menosprezo ou desvalia. Estabelecer vínculo por meio de uma ligação de confiança. “[...] Observar, perceber, escutar com tranquilidade, aproximar-se sem ser coercitivo,

inquiridor, todo poderoso” (CUNHA, 2000, p. 39).

A postura do profissional favorece o contato permitindo que o paciente revele sua intimidade, trazendo à tona aspectos incoerentes e confusos dos seus conflitos. O psicólogo precisa ser hábil e ter em mente que “a psique se revela, ao mesmo tempo que se esconde e, ao esconder-se, dá-se a revelação” (CUNHA, 2000, p. 43 apud LÓPEZ-PEDRAZA, 1999).

Acampo et al. (2009) e Cunha (2000) comentam a importância de observar como o paciente trata a si mesmo, como ele vê e lida com suas dores e ainda qual é a primeira impressão que passa quando chega para entrevista. E confrontar ao longo do processo se a primeira impressão é a realidade do sujeito, ou ao longo do processo sofreu modificações.

No caso das crianças quem vem para a primeira entrevista são os pais que descrevem o filho a partir das suas perspectivas. O profissional deve construir uma imagem dessa criança, sendo ela real ou idealizada, que vai ser confirmada ou infirmada no primeiro encontro com a criança. Essa confrontação entre o real e o que os pais trouxeram possibilita entender o nível de aceitação dos pais ao tratamento, e qual é a visão que os mesmos têm de seu filho.

Ainda sobre a presença dos pais na primeira entrevista, Ocampo et al. (2009) a considera imprescindível, pois ambos desempenham um papel muito importante na vida da criança. Somente em casos extremos, porém reafirma-se a necessidade de ambos comprometerem-se pelo problema e juntos contribuírem para a resolução.

É importante analisar a postura dos pais na primeira entrevista, visto que é passível de análise. Considerando linguagem corporal, roupa, gestos, maneiras atípicas de ficar quieto ou mover-se, discurso desorganizado, tom da voz.

Acampo et al. (2009) consideram importante analisar estes aspectos não verbais, por entender que estes aspectos não são controláveis com a mesma eficácia que os verbais. E analisar a coerência ou discrepância entre o que o sujeito fala e o que ele demonstra na sua postura. No psicodiagnóstico é necessário extrair tudo o que for possível do sujeito, pois todas essas informações serão pertinentes para a conclusão do processo. O motivo da consulta é dividido entre manifestos, ou seja, aqueles verbalizados pelo sujeito, e os latentes, expressados por meio de comportamentos não verbais. O processo do psicodiagnóstico é composto por uma bateria de testes escolhido pelo profissional, que atendam a necessidade do processo.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa descritiva explora características de uma determinada população, demandando técnica de coleta de dados padronizada. Esta técnica de pesquisa exige um acompanhamento dos registros sem interferência do pesquisador. A relevância da pesquisa descritiva está na possibilidade de “descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos” (PRODANOV, 2013, p. 52).

A pesquisa transversal de frequência como é o caso do presente estudo, analisa casos de um determinado local e tempo, sendo estática e essencialmente transversal. Para Bordalo (2006) apud Rouquayrol (1994, p. 01) pesquisa transversal é um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado.

A pesquisa quantitativa como o próprio nome sugere quantifica dados e centra-se na objetividade. Geralmente utiliza-se desta metodologia quando precisa avaliar uma amostra grande. Neste estudo foi estudado a amostra total possibilitando um retrato real de toda a população analisada. A pesquisa quantitativa tem influência do positivismo, por isso considera que é possível compreender uma realidade a partir de dados, recolhidos por meio de instrumentos neutros e padronizados (FONSECA, 2002).

2.2 LOCAL DA PESQUISA

O Núcleo de Psicologia da UNIARP é caracterizado como Serviço-Escola funciona nas dependências da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe, Rua Vitor Batista Adami nº 800, CEP 89500-000, está localizada na zona urbana, centro. Iniciou seus atendimentos no ano de 2003, e a primeira forma de intervenção foi a divulgação do espaço e a sua finalidade. Buscou-se esclarecer junto à comunidade em geral os objetivos e serviços oferecidos (NÚCLEO DE PSICOLOGIA, 2014).

Presta serviços à comunidade como: Atendimentos a criança, a adolescentes, adultos, a casais, a grupos, pessoas com deficiência e outras necessidades. São realizados orientações a terceiros envolvidos no processo terapêutico exemplo, como

pais e professores, orientação profissional, entre outras modalidades que entenda-se pela promoção da saúde física e psíquica.

Conta com uma ampla estrutura física composta por sala para os acadêmicos, três salas de atendimento infantil, três salas de atendimento adulto individual, quatro salas de supervisão, uma sala para atendimento grupal, uma sala para atendimento de família, sala de reuniões e banheiros.

As atividades realizadas pelos estagiários sob supervisão são: triagem-social, atendimento infantil, atendimento adulto, atendimento família, atendimentos a grupos e orientações. Conta-se ainda com atendimentos fora do Serviço-Escola, como nos postos de saúde e hospitais e nas cidades vizinhas como em Lebon Régis e Fraiburgo.

O procedimento para ser atendido segue os seguintes passos: num primeiro momento é feito um cadastro dos interessados, seja eles encaminhado por alguma instituição ou busca espontânea. Quando inicia o ano letivo é feito contato com os interessados e realizado a triagem social, para entender melhor a necessidade e também a urgência para o atendimento. Depois desta triagem é selecionado os casos de acordo com a urgência e capacidade de atendimento, pois depende do número de estagiários disponíveis. Depois de selecionado os estagiários iniciam os atendimentos (NÚCLEO DE PSICOLOGIA, 2014).

2.3 DESENHO DO ESTUDO

Para ter acesso aos prontuários seguiu-se os seguintes passos: Num primeiro momento foi feito contato com a coordenadora do Núcleo de Psicologia. Por se tratar de prontuários extremamente confidenciais ela solicitou a autorização do CRP Conselho Regional de Psicologia, em resposta as possibilidades legais, foi reiterado a necessidade em estar de acordo com as normativas de pesquisa para seres humanos. Outro passo foi submeter ao Comitê de ética onde seguiu-se todas as exigências necessárias. Depois da aprovação do CRP e do Comitê de Ética foi liberado o acesso aos prontuários.

2.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir dos prontuários existentes no Núcleo de Psicologia da UNIARP Caçador entre os anos 2012 a 2017. A amostra total foi

composta por 485 prontuários, sendo dividida em duas categorias: jovens, adultos e crianças, adolescentes. A coleta de dados ocorreu por meio de consulta direta aos prontuários de cada paciente, especialmente os documentos de triagem e anamnese. Dentre as variáveis analisadas estão; sexo, idade, escolaridade, renda, religião, bairro onde mora, mora com quem, tipo do encaminhamento, queixa inicial, número de sessões e desfecho do processo.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todos os dados foram tabulados em planilha eletrônica, e analisados através do programa estatístico SPSS versão 22.0, utilizando-se do procedimento de análise descritiva (frequência).

3 RESULTADOS

Visando responder aos objetivos definidos no início do estudo, a seguir será apresentado os resultados encontrados.

3.1 JOVENS E ADULTOS

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais de jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da - UNIARP no período entre 2012 – 2017. Foram atendidos no períodos de 2012 a 2017, cerca de 254 pacientes, predominando nos atendimentos pacientes do sexo feminino com 78% dos casos. A maior quantidade de atendimentos do sexo masculino ocorreu em 2015 com 26,5% dos casos.

Quando analisada a faixa etária, observa-se uma maior concentração nas idades entre 18 a 27 anos com 35% dos casos seguida da faixa etária entre 27 a 38 anos com 28,3%. A escolaridade predominante foi Ensino médio com 36,2% dos sujeitos considerando a amostra total. No ano de 2014 é possível observar resultados equivalentes entre Ensino Fundamental com 37,2% sujeitos e Ensino Médio 37,2%. Entretanto no ano de 2015 os resultados equivalentes foram entre Ensino médio 32,4% e Ensino Superior 32,4%. E no ano de 2016 predominaram sujeitos com Ensino Fundamental 37,5%.

O estado civil com maior preponderância foi o dos solteiros 37,8% seguido dos casados com 31,1% da amostra total. Nos anos 2014 (34,9%) e 2015 (38,2%) predominaram os casados. A religião declarada com maior frequência foi a católica com 63,0% da amostra total. O ano de 2013 houve maior frequência de pessoas da religião católica com 69,8%. A religião evangélica também apresentou um número significativo, podendo ser destacado o ano de com 2012 30,0%.

Quanto ao emprego atual, prevaleceram pessoas que atuam na indústria com 17,7% da amostra total, seguido do ramo da administração, podendo ser destacado o ano de 2012 com 13,3% e 2013 com 19,4%. Já no ano de 2014 a área de trabalho mais significativa foi a de serviços gerais com 18,6%. No ano de 2015 é possível observar resultados equiparados entre a área da Indústria com 20,6% e a categoria do lar com 20,6%. No ano de 2017 os estudantes apareceram como parcela mais

significativa com 24%.

As rendas familiares com maior frequência foram de um a dois salários mínimos com 84,6% da amostra total. É possível observar que no ano 2013 quase todos os atendidos apresentaram a renda entre um a dois salários mínimos totalizando 97,2% sujeitos. Um outro dado a ser destacado foi a falta de informação dos prontuários sendo que 8,7% dos participantes da amostra total não apresentavam a renda familiar.

Os bairros onde os pacientes moram foram categorizados como próximos e distantes tendo o Núcleo de Psicologia como referência. É possível observar, na Tabela 1, uma maior frequência nos pacientes que moram mais distantes com 126 sujeitos 49,6% da amostra total. Porém nos anos 2014 (51,2), 2015 (47,1%) e 2017 (56%) predominaram pacientes que moram mais próximos ao Núcleo de Psicologia.

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais de jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da - UNIARP (Caçador), no período entre 2012 – 2017.

(Continua...)

Variáveis	2012 (n= 60)		2013 (n= 36)		2014 (n= 43)		2015 (n= 34)		2016 (n= 56)		2017 (n= 25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	11	18,3	9	25,0	7	16,3	9	26,5	14	25	6	24
Feminino	49	81,7	27	75,0	36	83,7	25	73,5	42	75	19	76
Idade												
18 a 27	19	31,7	13	36,1	20	46,5	9	26,5	15	26,8	13	52
28 a 38	18	30,0	11	30,6	5	11,6	13	38,2	20	35,7	5	20
39 a 49	15	25,0	10	27,8	6	14,0	7	20,6	12	21,4	5	20
50 a 60	5	8,3	-	-	10	23,3	4	11,8	5	8,9	1	4
61 a 72	1	1,7	2	5,6	1	2,3	-	-	2	3,6	-	-
73 em diante	2	3,3	-	-	1	2,3	1	2,9	2	3,6	1	4
Escolaridade												
Analfabeto	2	3,3	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Ensino fundamen- tal	15	25,0	8	22,2	16	37,2	10	29,4	21	37,5	7	28
Ensino médio	21	35,0	19	52,8	16	37,2	11	32,4	19	33,9	6	24
Ensino superior	16	26,7	8	22,2	11	25,6	11	32,4	13	23,2	12	48
Pós graduação	2	3,3	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Não possui	4	6,7	1	2,8	-	-	2	5,9	1	1,8	-	-
Estado civil												
Solteiro	20	33,3	14	38,9	14	32,6	11	32,4	22	39,3	15	60
Casado	18	30,0	12	33,3	15	34,9	13	38,2	18	32,1	3	12
Div. Sep.	10	16,7	6	16,7	4	9,3	3	8,8	6	10,7	2	8
Viúvo	3	5,0	1	2,8	-	-	1	2,9	1	1,8	1	4
Amasiado	-	-	-	-	2	4,7	-	-	4	7,1	3	12
Uni. Est. Marital	6	10,0	3	8,3	6	14,0	5	14,7	2	3,6	1	4
Não possui	3	5,0	-	-	2	4,7	1	2,9	3	5,4	-	-
Religião												
Católico	34	56,7	24	66,7	30	69,8	22	64,7	34	60,7	16	64
Evangélico	18	30,0	5	13,9	10	23,3	8	23,5	12	21,4	7	28
Outros	3	5,0	1	2,8	3	7,0	-	-	2	3,6	-	-
Não possui	5	8,3	6	16,7	-	-	22	64,7	8	14,3	2	8

(Conclusão)

Emprego atual												
Educação	2	3,3	1	2,8	-	-	4	11,8	2	3,6	3	12
Saúde	3	5,0	1	2,8	2	4,7	-	-	3	5,4	-	-
Administração	8	13,3	7	19,4	7	16,3	1	2,9	4	7,1	4	16
Comércio	5	8,3	2	5,6	3	7,0	2	5,9	7	12,5	-	-
Indústria	9	15,0	6	16,7	6	14,0	7	20,6	12	21,4	5	20
Serviços gerais	7	11,7	5	13,9	8	18,6	3	8,8	7	12,5	-	-
Estágio	1	1,7	1	2,8	1	2,3	3	8,8	1	1,8	-	-
Estudante	-	-	1	2,8	3	7,0	1	2,9	3	5,4	6	24
Trab. Rural	2	3,3	-	-	-	-	-	-	2	3,6	1	4
Após. Encostado	4	6,7	1	2,8	4	9,3	-	-	4	7,1	-	-
Desempregado	1	1,7	-	-	1	2,3	1	2,9	-	-	-	-
Do lar	5	8,3	4	11,1	1	2,3	7	20,6	3	5,4	2	8
Autônomo	2	3,3	4	11,1	2	4,7	4	11,8	1	1,8	2	8
Não Possui	11	18,3	3	8,3	5	11,6	1	2,9	7	12,5	2	8
Renda (Salários mínimos)												
1 a 2	55	91,7	35	97,2	41	95,3	29	85,3	39	69,6	16	64
3 ou mais	1	1,7	1	2,8	1	2,3	2	5,9	6	10,7	6	24
Não possui	4	6,7	-	-	1	2,3	3	8,8	11	19,6	3	12
Bairro onde mora												
Bairros próximos	17	28,3	9	25,0	22	51,2	16	47,1	23	41,1	14	56
Bairros distantes	27	45,0	26	72,2	20	46,5	15	44,1	29	51,8	9	36
Interior e cidades vizinhas	16	26,7	1	2,8	1	2,3	3	8,8	4	7,1	2	8

Fonte: Autora

Na Tabela 2 constam os resultados dos principais motivos da busca dos jovens e adultos para o Núcleo de Psicologia da UNIARP. A maior frequência disposta na tabela dois foi a indicação de amigos e parentes com 25,6 seguido dos profissionais da saúde com 19,7%, e busca espontâneo com 19,3% considerando a amostra total. No ano de 2015 houve resultados equiparados entre a busca espontânea com 26,5% e indicação de parentes e amigos. É possível observar alta parcela da amostra total com a indicação de que não possui sendo 17,3%.

Tabela 2. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) dos Jovens e adultos atendidos no período entre 2012 – 2017 por fonte de encaminhamento. (Continua...)

Encaminhamentos	2012 (n=60)		2013 (n= 36)		2014 (n=43)		2015 (n=34)		2016 (n=56)		2017 (n=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Espontâneo	1	20,	8	22,	9	20,	9	26,	4	7,1	7	2
	2	0		2	9	9	5	14,	7	12,	9	3
Profissionais da saúde	1	20,	7	19,	1	23,	5	14,	7	12,	9	3
	2	0		4	0	3	7	7	5	9	6	
Professores	1	1,7	2	5,6	2	4,7	2	5,9	4	7,1	2	8
Parentes, Amigos/adv./ escola e	1	23,	1	27,	11	25,	9	26,	1	30,	4	1
	4	3	0	8		6	5	7	4	7	4	6

(Conclusão)

Empresa	5	8,3	3	8,3	-	-	4	11,8	7	12,5	1	4
Conselho Tutelar	4	6,7	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Cras	1	1,7	1	2,8	3	7,0	-	-	-	-	-	-
Capes	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Saúde mental	-	-	-	-	1	2,3	-	-	-	-	-	-
Delegacia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	2	8
Não possui	11	18,3	5	13,9	7	16,3	5	14,7	14	25	-	-

Fonte: Autora

A tabela 3, apresenta as principais queixas referidas pelos pacientes jovens e adultos que buscaram atendimento no Núcleo de Psicologia da UNIARP entre os anos 2012 a 2017. Dentre as queixas mais recorrentes podem ser destacados os problemas de relacionamentos interpessoais (problemas familiares) com 37,1% dos casos, seguido de ansiedade e estresse com 16,5% e problemas emocionais com 14,6% da amostra total. Em 2012 foi o ano que os problemas familiares apareceram com maior frequência sendo 56,6% dos casos. No ano de 2017 é possível observar que a queixa inicial de maior destaque foi a ansiedade e o estresse com 36,0% dos casos.

Tabela 3. Distribuição das principais queixas referidas pelos pacientes jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da UNIARP entre os anos 2012 a 2017.

(Continua...)

Queixa inicial	2012 (n=60)		2013 (n= 36)		2014 (n=43)		2015 (n=34)		2016 (n=56)		2017 (n=25)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Problemas de relacionamento interpessoal (familiares)	34	56,6	11	30,6	18	41,8	9	26,4	17	30,4	5	20,0
Elaboração do Luto	3	5,0	3	8,3	4	9,3	5	14,7	3	5,4	-	-
Problemas emocionais depressão etc.	5	8,3	6	16,7	8	18,6	7	20,6	10	17,9	1	4,0
Ansiedade, estresse, Pânico etc.	9	15,0	6	16,7	3	7,0	6	17,6	9	16,1	9	36,0
Ideação ou tentativa suicida	-	-	-	-	1	2,3	2	5,9	4	7,1	5	20,0
Doenças Orgânicas	-	-	1	2,8	2	4,7	2	5,9	3	5,4	1	4,0
Problemas de ordem sexual	1	1,7	-	-	1	2,3	-	-	2	3,6	-	-
Estupro	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problemas no trabalho	-	-	4	11,1	1	2,3	-	-	1	1,8	-	-
Medos, dirigir, tomar decisão etc.	4	6,7	2	5,6	-	-	-	-	2	3,6	1	4,0
Baixa autoestima	1	1,7	1	2,8	-	-	-	-	-	-	1	4,0
Obesidade/ emagrecimento	-	-	-	-	2	4,7	-	-	-	-	-	-
Dificuldade de falar em público	1	1,7	-	-	1	2,3	-	-	-	-	-	-

(Conclusão)

Problemas com cigarro, álcool e droga	-	-	1	2,8	-	-	2	5,9	1	1,8	-	-
Gravidez indesejada	-	-	-	-	2	4,7	1	2,9	-	-	1	4,0
Aborto	-	-	1	2,8	-	-	-	-	1	1,8	1	4,0
Orientação profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Problemas mentais	1	1,7	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-
Não possui	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-

Fonte: Autora

Na Tabela 4 disposta a frequência com que os pacientes vieram aos atendimentos, ou seja, o número de sessões. Considerando a amostra total é possível observar uma maior recorrência nas faixas de seis a onze encontros com 28,0% dos casos, seguido de um a cinco com 25,2%. Nota-se em todos os anos uma parcela grande da população que realizou apenas triagem e anamnese, dois procedimentos que correspondem ao início do processo.

Tabela 4. Distribuição do número de sessões da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) dos Jovens e adultos atendidos no período entre 2012 – 2017 por número de sessões.

Número de sessões	2012 (n=60)		2013 (n= 36)		2014 (n=43)		2015 (n=34)		2016 (n=56)		2017 (n=25)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 5	14	23,3	8	22,2	11	25,6	6	17,6	14	25,0	11	44
6 a 11	15	25,0	12	33,3	12	27,9	11	32,4	17	30,4	4	16
12 a 17	8	13,3	7	19,4	6	14,0	6	17,6	5	8,9	2	8
18 a 23	2	3,3	2	5,6	3	7,0	2	5,9	3	5,4	4	16
24 a 30	2	3,3	-	-	1	2,3	1	2,9	2	3,6	1	4
Triagem e anamnese	19	31,7	7	19,4	10	23,3	8	23,5	15	26,8	3	12

Fonte: Autora

A tabela 5 está disposto o desfecho do processo psicoterápico dos jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da UNIARP Caçador entre 2012 a 2017. É possível observar que a maior recorrência foi dos pacientes que desistiram no meio do processo psicoterápico sendo 63,4% dos casos, seguida dos que concluíram com 26,4% considerando a amostra total. Em 2013 foi o ano que teve maior índice de pacientes que concluíram o processo, sendo 38,9%. Já no ano de 2016 encontra-se o índice mais baixo de pessoas que concluíram o tratamento com 8,9% dos casos.

Tabela 5. Distribuição dos desfechos do processo psicoterápico dos jovens e adultos atendidos no Núcleo de Psicologia da Uniarp (Caçador) atendidos no período entre 2012 – 2017 por desfecho do processo.

Desfecho do processo	2012 (n=60)		2013 (n= 36)		2014 (n=43)		2015 (n=34)		2016 (n=56)		2017 (n=25)	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Concluiu	19	31,7	14	38,9	11	25,6	11	32,4	5	8,9	7	28,0
Aconselhamento	1	1,7	-	-	-	-	1	2,9	2	3,6	3	12,0
Encaminhamento	1	1,7	-	-	1	2,3	2	5,9			2	8,0
Desistência	35	58,3	21	58,3	31	72,1	17	50,0	45	80,4	12	48,0
Mudança	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,6	-	-
Falecimento	1	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Triagem e anamnese	3	5,0	1	2,8	-	-	3	8,8	1	1,8	1	4,0
Não possui	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,8	-	-

Fonte: Autora

3.2 CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A Tabela 6 apresenta as características como sexo, idade, escolaridade, renda familiar, religião, bairro onde mora e com quem a criança ou adolescente mora. Foram atendidos 231 pacientes considerados crianças e adolescentes durante o período de 2012 a 2017. O sexo masculino teve maior frequência nos atendimentos desse período. Porém é possível notar que no ano de 2012 os resultados foram equiparados sendo 50% masculino e 50% feminino. Em 2017 as meninas foram as mais atendidas com 68% dos casos. A faixa etária mais preponderante foi de seis a onze, seguido da de doze a dezessete, considerando o total da amostra. Analisando cada ano é possível observar que em 2012 a faixa etária que aparece com maior frequência foi doze a dezessete com 47,1%. Em 2017 também foi encontrado resultado semelhante, sendo 68% dos pacientes estão na faixa etária entre doze a dezessete anos.

A escolaridade predominante foi Ensino Fundamental com 74% seguido de Educação Infantil com 13,4%, considerando a amostra total. É possível observar nos anos 2012 e 2014 crianças com idade até cinco anos que ainda não frequentavam a escola. O Ensino Médio aparece com uma parcela menor, porém representam 9,5% da amostra total. A renda familiar com maior frequência ficou entre um a dois salários mínimos, o ano de 2013 foi o ano que mais atendeu pacientes com renda entre um a dois salários mínimos totalizando 94,2%.

A religião tônica foi a católica com 124 sujeitos (53,7%), seguida da Evangélica com 53 (22,9%) considerando a amostra total. Nota-se que existem 46 casos (19,9%) de não possui. O bairro onde mora foi categorizado como próximos e distantes tendo

o Núcleo de Psicologia da UNIARP como referência. Sendo que um pouco mais da metade dos pacientes moram distantes sendo 120 casos (51,9%). Nota-se que em 2012 (50%) e 2015 (51,7%) predominaram pacientes que moram em bairros próximos ao Núcleo. Já no ano de 2014 o resultado encontrado equipara bairros próximos 48,8% e bairros distantes com 21 casos. Considerando a condição de crianças e adolescentes foi analisado com quem os pacientes moram. E o resultado mais frequentes foi de pacientes que moram com a mãe e o pai representando 99 sujeitos (42,9%) da amostra total, seguido de pacientes que moram apenas com a mãe 66 casos (28,6%). Em 2012 foi encontrada maior frequência de pacientes que moram apenas com a mãe 14 sujeitos (41,2%).

Tabela 6. Características socioeconômicas e demográficas de crianças e adolescentes atendidos no Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador), no período entre 2012 – 2017.

(Continua...)

Variáveis	2012 n= 34		2013 n= 52		2014 n= 43		2015 n= 29		2016 n= 48		2017 n= 25	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
Masculino	17	50,0	32	61,5	25	58,1	16	55,2	27	56,3	8	32,0
Feminino	17	50,0	20	38,5	18	41,9	13	44,8	21	43,8	17	68,0
Idade												
1 a 5	5	14,7	3	5,8	8	18,6	8	27,6	6	12,5	1	4,0
6 a 11	13	38,2	30	57,7	20	46,5	13	44,8	26	54,2	7	28,0
12 a 17	16	47,1	19	36,5	15	34,9	8	27,6	16	33,3	17	68,0
Escolaridade												
Não estuda	1	2,9	-	-	1	2,3	-	-	-	-	-	-
Educação Infantil	3	8,8	5	9,6	7	16,3	8	27,6	6	12,5	2	8,0
Ensino Funda- mental	25	73,5	42	80,8	27	62,8	19	65,5	39	81,3	19	76,0
Ensino Médio	4	11,8	3	5,8	7	16,3	1	3,4	3	6,3	4	16,0
Não possui	1	2,9	2	3,8	1	2,3	1	3,4	-	-	-	-
Mora com quem												
Pai e mãe	11	32,4	26	50,0	18	41,9	15	51,7	17	35,4	12	48,0
Pai	2	5,9	-	-	1	2,3	2	6,9	7	14,6	2	8,0
Mãe	14	41,2	14	26,9	12	27,9	7	24,1	14	29,2	5	20,0
Pai e madrasta	-	-	1	1,9	-	-	-	-	3	6,3	3	12,0
Mãe e padrasto	2	5,9	5	9,6	6	14,0	3	10,3	4	8,3	-	-
Avô ou Avó	5	14,7	3	5,8	4	9,3	-	-	2	4,2	3	12,0
Tia Ou tio	-	-	1	1,9	1	2,3	2	6,9	-	-	-	-
Irmã ou Irmão	-	-	1	1,9	-	-	-	-	1	2,1	-	-
Não possui	-	-	1	1,9	1	2,3	-	-	-	-	-	-
Religião												
Católico	21	61,8	25	48,1	28	65,1	18	62,1	25	52,1	7	28,0
Evangélico	8	23,5	15	28,8	8	18,6	8	27,6	5	10,4	9	36,0
Outros	1	2,9	1	1,9	2	4,7	-	-	2	4,2	2	8,0
Não possui	4	11,8	11	21,2	5	11,6	3	10,3	16	33,3	7	28,0

(Conclusão)

Renda Familiar													
1 a 2	32	94,1	49	94,2	34	79,1	25	86,2	23	47,9	14	56,0	
3 ou mais	-	-	2	3,8	7	16,3	3	10,3	15	31,3	8	32,0	
Não possui	2	5,9	1	1,9	2	4,7	1	3,4	10	20,8	3	12,0	
Bairro onde mora													
Bairros próximos	17	50,0	17	32,7	21	48,8	15	51,7	14	29,2	11	44,0	
Bairros distantes	14	41,2	34	65,4	21	48,8	13	44,8	24	50,0	14	56,0	
Interior e cidades vizinhas	3	8,8	1	1,9	1	2,3	1	3,4	10	20,8	-	-	
Mora com quem													
Pai e mãe	11	32,4	26	50,0	18	41,9	15	51,7	17	35,4	12	48,0	
Pai	2	5,9	-	-	1	2,3	2	6,9	7	14,6	2	8,0	
Mãe	14	41,2	14	26,9	12	27,9	7	24,1	14	29,2	5	20,0	
Pai e madrasta	-	-	1	1,9	-	-	-	-	3	6,3	3	12,0	
Mãe e padrasto	2	5,9	5	9,6	6	14,0	3	10,3	4	8,3	-	-	
Avô ou Avó	5	14,7	3	5,8	4	9,3	-	-	2	4,2	3	12,0	
Tia Ou tio	-	-	1	1,9	1	2,3	2	6,9	-	-	-	-	
Irmã ou Irmão	-	-	1	1,9	-	-	-	-	1	2,1	-	-	
Não possui	-	-	1	1,9	1	2,3	-	-	-	-	-	-	

Fonte: Autora

Na Tabela 7, estão apresentados os locais que encaminharam as crianças e adolescentes para atendimento no Núcleo de psicologia da UNIARP. Considerando a amostra total, 29% dos sujeitos foram encaminhados pelas escolas e professores, seguido de parentes 13,9%. Em 2013 além dos encaminhamentos realizados pelas escolas, foram encontrados encaminhamentos feitos por profissionais de saúde com 25%, e ainda o conselho tutelar com 15,4%. Mais uma vez a falta de informação nos prontuários comprometeu o resultado da pesquisa sendo responsável por 10,4% dos casos da amostra.

Tabela 7. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por fonte de encaminhamento.

(Continua...)

Encaminhamentos	2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Esponâneo	3	8,8	2	3,8	3	7,0	2	6,9	4	8,3	1	4,0
Profissionais da saúde	5	14,7	13	25	9	20,9	3	10,3	3	6,3	5	20,0
Professor e Escola	10	29,4	11	21,2	16	37,2	10	34,5	16	33,3	4	16,0
Parentes	5	14,7	5	9,6	10	23,3	4	13,8	4	8,3	4	16,0
Empresa	1	2,9	-	-	-	-	1	3,4	1	2,1	3	12,0
Conselho tutelar	7	20,6	8	15,4	-	-	1	3,4	2	4,2	-	-
Cras, Creas, Pet e Capes	2	5,9	4	7,7	2	4,7	3	10,3	3	6,3	-	-

(Conclusão)

Amigos, adv. Outros	1	2,9	4	7,7	-	-	-	-	3	6,3	-	-
Depecami Delegacia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4,2	4	16,0
Já frequentava núcleo	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,1	2	8,0
Não possui	-	-	5	9,6	3	7,0	5	17,2	9	18,8	2	8,0

Fonte: Autora

Na Tabela 8 apresenta os resultados encontrados quanto à queixa inicial, ou seja, motivo inicial da consulta. Considerando a amostra total a queixa mais recorrente foi referente a problemas escolares com 35,1% dos casos, seguida de problemas familiares com 26,4%. Nota-se que nos anos 2013 com 36,5% e 2014 com 32,6% a queixa mais recorrente foi referente a problemas relacionados à aprendizagem ou escolares. Já em 2017 é possível notar resultados nivelados entre problemas familiares 12% e problemas escolares com 12%.

Tabela 8. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por queixa inicial (motivo da busca por atendimento).

(Continua...)

Queixa inicial	2012 n= 34		2013 n= 52		2014 n= 43		2015 n= 29		2016 n= 48		2017 n= 25	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Problemas escolares	20	58,8	15	28,8	13	30,2	9	31,0	21	43,8	3	12,0
Tricotilomania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8,0
Problemas familiares.	6	17,6	19	36,5	14	32,6	7	24,1	12	25,0	3	12,0
Elaboração luto	-	-	3	5,8	3	7,0	4	13,8	2	4,2	1	4,0
Problemas com cigarro, droga, álcool	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8,0
Abuso sexual ou suspeita de abuso.	-	-	-	-	2	4,7	2	6,9	3	6,3	1	4,0
Agressividade, revolta, agitação, irritabilidade.	3	8,8	4	7,7	4	9,3	1	3,4	6	12,5	3	12,0
Tentativa ou ideação suicida, Automutilação.	1	2,9	-	-	1	2,3	1	3,4	1	2,1	2	8,0
Enurese e ecoprese	-	-	1	1,9	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Obesidade infantil	2	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,0
Doenças Orgânicas	-	-	1	1,9	1	2,3	-	-	-	-	-	-
Orientação Profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,0
Falha na conduta, mentira, brigas, falta de limites.	1	2,9	1	1,9	1	2,3	2	6,9	1	2,1	1	4,0
Dificuldade de comunicação Introversão.	-	-	2	3,8	1	2,3	-	-	1	2,1	1	4,0

(Conclusão)

Ansiedade, estresse, pânico, fobias.	1	2,9	1	1,9	1	2,3	1	3,4	-	-	1	4,0
Depressão, tristeza, choro, medos.	-	-	2	3,8	1	2,3	1	3,4	-	-	1	4,0
Dif. Aceitação	-	-	2	3,8	1	2,3	-	-	-	-	2	8,0
Bullyng	-	-	1	1,9	-	-	-	-	1	2,1	-	-

Fonte: Autora

Na Tabela 9 está disposta a frequência quanto ao número de sessões. O número de sessões mais recorrente foi de seis a onze encontros totalizando 27,3%, seguido de um a cinco encontros com 25,5% considerando a amostra total. É possível observar que em 2012 encontrou-se resultados equiparados entre as duas variáveis principais sendo um a cinco 29,4% e seis a onze 29,4%. Já em 2013 os números de sessões com maior prevalência foram de doze a dezessete encontros com 36,5%. No ano de 2014 pode ser observar que os resultados mais proeminentes foram, encontros entre um a cinco com 30,2% dos sujeitos, seguido doze a dezessete com 25,6%.

Tabela 9. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da -UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por número de sessões.

Número de sessões	2012 n= 34		2013 n= 52		2014 n= 43		2015 n= 29		2016 n= 48		2017 n= 25	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1 a 5	10	29,4	14	26,9	13	30,2	6	20,7	9	18,8	7	28,0
6 a 11	10	29,4	13	25,0	8	18,6	13	44,8	14	29,2	5	20,0
12 a 17	7	20,6	19	36,5	11	25,6	2	6,9	7	14,6	-	-
18 a 23	3	8,8	3	5,8	5	11,6	2	6,9	2	4,2	2	8,0
24 a 30	2	5,9	-	-	-	-	-	-	5	10,4	2	8,0
Triagem e anamnese	2	5,9	3	5,8	6	14,0	6	20,7	11	22,9	9	36,0

Fonte: Autora

Na Tabela 10 estão dispostos os resultados encontrados quanto ao desfecho do processo, ou seja, como foi concluído o processo psicoterápico. Nota-se que muitos desistiram do atendimento, totalizando 53,2%, seguido de pacientes que concluíram o processo com 34,2% considerando a amostra total. De 2013 a 2017 encontra-se pacientes que continuaram o atendimento no ano subsequente. No ano de 2016 existe uma pessoa que não pode ser atendido devida a renda superior, pois no Núcleo de Psicologia a renda não pode ultrapassar a dois salários mínimos por pessoa. Em 2017, 12% dos pacientes foram encaminhados a outros profissionais por ultrapassar a competência do Núcleo. Ex. são os encaminhamentos feitos para a saúde mental

Tabela 10. Distribuição da clientela que buscou o Núcleo de Psicologia da UNIARP (Caçador) das crianças e adolescentes atendidos no período entre 2012 – 2017 por desfecho do processo.

Desfecho do processo	2012 n= 34		2013 n= 52		2014 n= 43		2015 n= 29		2016 n= 48		2017 n= 25	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Concluiu	16	47,1	25	48,1	18	41,9	9	31,0	8	16,7	3	12,0
Aconselhamento	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,1	2	8,0
Encaminhamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	12,0
Desistência	18	52,9	21	40,4	24	55,8	16	55,1	34	70,8	16	64,0
Mudança	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,1	-	-
Continuar	-	-	6	11,5	1	2,3	4	13,8	1	2,1	1	4,0
Triagem anamnese	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-	5	20,0
Renda superior	-	-	-	-	-	-	-	-	3	6,3	-	-

Fonte: Autora

4 DISCUSSÃO

A seguir será analisado os resultados encontrados na presente pesquisa a partir da contribuição de outros autores que já pesquisaram sobre este tema.

4.1 PERFIL DOS JOVENS E ADULTOS

O objetivo desta pesquisa foi analisar todos os prontuários existentes no Núcleo de Psicologia da UNIARP nos últimos seis anos e, a partir desses dados, analisar o perfil do usuário em duas categorias jovens e adultos, crianças e adolescentes. A amostra foi composta por 485 prontuários sendo 254 de jovens e adultos e 231 de crianças e adolescentes. Dentre as variáveis exploradas estão: sexo, idade, escolaridade, renda, religião, bairro onde mora, tipo do encaminhamento, queixa inicial, número de sessões e desfecho do processo.

O perfil encontrado entre jovens e adultos foi: mulheres jovens com idade entre 18 a 27 anos a escolaridade Ensino Médio, com renda familiar entre uma a dois salários mínimos. A religião mais frequente é católica e o local de moradia tendo o Núcleo de Psicologia como referência é considerado distante. A maioria dos pacientes trabalha no ramo da indústria e o estado civil é solteiro. A busca por ajuda foi por meio de indicação de parentes e amigos. Com queixa inicial relacionada a problemas familiares. Os encontros tiveram duração na faixa de seis a onze sendo considerado breve e teve uma grande parte dos atendidos que desistiram do processo.

Os resultados encontrados aqui corroboram com outras pesquisas, como a de Enéas, Faleiros e Sá (2000) que encontrou o seguinte resultado; entre os anos 1997 a 1998, predominou a população feminina com faixa etária entre 18 a 27 anos e grau de instrução superior incompleto. Boeckel, Krug e Pereira (2016) enfatizam que as mulheres tendem a procurar ajuda psicológica mais do que os homens. Já na fase da infância e adolescência os meninos são os mais atendidos.

Campezzato e Nunes (2007) também encontraram resultados semelhantes, sendo que o perfil encontrado pelas autoras foi de mulheres adultas, jovens solteiras, que buscam atendimento de forma espontânea e as principais queixas foram relacionamentos e afetividade.

Macedo et al. (2009) confirma os resultados aqui encontrados enfatizando que na fase adulta as mulheres tendem a procurar mais por ajuda do que os homens.

(ANCONA LOPEZ, 1983, ROMARO; CAPITÃO, 2003, BORTOLINI et al. 2011, MARAVIESKI; SERRALTA, 2011, PORTO VALENTE; ROSA, 2014, ROMARO; OLIVEIRA, 2008, MARTINS et al. 2015).

Bortolini et al. (2013) e Boeckel, Krug e Pereira (2016) justificam a baixa procura de adultos do sexo masculino nos Serviços- Escola devido à construção cultural patriarcal onde construiu-se a imagem do super-homem, forte, infalível, irredutível, provedor, etc. Já os problemas psicológicos neste contexto está associado à fragilidade. Essa perspectiva reforça que os homens não devem cuidar de si, da sua saúde, resultando na baixa prevalência de atendimentos de pacientes do sexo masculino nos Serviços-Escola.

A faixa etária mais frequente foi a 18 a 27 anos, seguido por 27 a 38 anos. Nota-se que o público é jovem. Campezzato e Nunes (2007) encontraram resultados semelhantes sendo que as idades estão entre 20 a 29 anos. Já Romaro e Capitão (2003) destacaram a média de idade dos atendidos ficando em 24,55 anos.

A escolaridade encontrada com maior proeminência foi o Ensino Médio considerando a amostra total. Quando analisado cada ano é possível observar uma mescla de escolaridade, o que denota diferentes públicos, pois em 2014 encontrou resultados equiparados entre Ensino Fundamental e médio. Em 2015 houve um avanço, pois, equiparou resultados entre Ensino Médio e Superior. E em 2015 houve maior incidência de pessoas com Ensino Fundamental. No ano de 2012 e 2016 apareceu uma pequena amostra de pessoas com Pós-Graduação.

Pode se dizer que ao longo dos tempos está havendo uma progressão na escolaridade do brasileiro, segundo o Relatório Educação para Todos de (2014) o Ensino Médio vem apresentando um crescente quando comparado 2001 a 2012 é possível observar um aumento de 3,8%, passando de 81,1% em 2001 para 84,2%, em 2012. Ramaro e Capitão (2003) por sua vez realizaram uma pesquisa na universidade de São Francisco entre os anos 1995 a 2000 e encontraram resultados semelhantes sendo que a escolaridade predominante foi Ensino médio completo e em segundo lugar superior incompleto (ROMARO, OLIVEIRA, 2008, MARAVIESKI, SERRALTA, 2011, BORTOLINI et al. 2011).

Uma variável que pode influenciar e produzir resultado diferente quanto à escolaridade é local onde funciona o Serviço- escola, e qual é o público mais proeminente que atende. Willcock et al. (2007) apud Bortolini et al. (2011) referem que quando os serviços são prestados exclusivamente à população mais carente os

resultados podem ser diferentes podendo prevalecer ensino fundamental. No caso do Núcleo de Psicologia da UNIARP o principal objetivo é atender pessoas menos favorecidas, porém existem algumas demandas que são internas da própria instituição como é o caso de alguns funcionários e dos próprios alunos.

A renda familiar mais frequente foi de um a dois salários mínimos visto que é uma das exigências da instituição. Está previsto em seu regimento interno que a renda individual não deve ser superior a dois salários mínimos mensais. Este resultado também vem ao encontro da realidade econômica do município, pois segundo o SEBRAE (2010) a média de renda dos Caçadorenses é de R\$ 1.056,43.

Por outro lado, esta também é uma realidade vivenciada em outros Serviços-Escola visto que este projeto atende às necessidades da formação acadêmica do curso de psicologia e também serve a comunidade mais carente, evidenciando sua relevância social. Boeckel, Krug, Pereira (2016) destaca que a clientela atendida no Cesep apresenta uma renda mensal de um a dois salários mínimos totalizando 34,4%. (MACEDO et al. 2010, ANCONA LOPEZ, 1983, MACEDO et al. 2009, BORTOLINE et al. 2011).

A religião mais frequente foi a católica seguida da evangélica. Maravieski, Serralta (2011) também encontraram resultados semelhantes. A religião católica é mais antiga e embora hoje existem diversas opções de religião, ainda a católica permanece na liderança.

O local de moradia foi classificado em três variáveis, bairros próximos, bairros distantes tendo o Núcleo de psicologia como referência e interior e cidades vizinhas. Os bairros próximos podemos destacar Centro, Berger, Bello Alto Bonito, Vereda dos trevos e Gioppo. Os distantes apresentam um número bem elevado, mas de forma ilustrativa serão mencionados alguns como; Martelo, Municípios, Figueroa, Vila Paraíso, Reunidas e Menegazzo etc. Interior temos Linha Casteli, Linha Rio Bugre e Taquara Verde etc. Nas cidades vizinhas temos Lebon Régis e Fraiburgo (Obs. os atendimentos são realizados nessas cidades, porém ao final do processo o estagiário traz toda a documentação é armazenada no Núcleo).

Sendo que houve maior prevalência das pessoas que moram distante do Núcleo. No ano de 2012 as pessoas que moram distante totalizam 45%, as pessoas que desistiram neste mesmo ano ultrapassam esse valor com 58,3%. No ano de 2013 o resultado foi diferente sendo que 72,2% moram distantes, a desistência foi inferior, com 58,3%. No ano de 2014 predominaram pessoas que moram próximas ao Núcleo

com 51,2%, porém neste mesmo ano a desistência foi de 72,1%. No ano de 2015 repetiu-se a mesma realidade. No ano de 2016 as pessoas moram distante com 51,8% e a desistência ultrapassa esse valor sendo que 80,4% desistiram. Em 2017 56% das pessoas moram perto e apenas 48% desistiram. Foram mencionadas estas duas variáveis distancia X desistência, para justificar que os locais de moradia dos pacientes nestes casos não influenciaram na desistência, visto que existem altos índices de desistência tanto de quem mora próximo como quem mora distante.

Foi analisado também o emprego atual dos pacientes, sendo que predominaram pessoas que trabalham no ramo da indústria. Isso vem ao encontro da realidade local, visto que o município de Caçador desenvolveu sua economia com base na extração e industrialização da madeira e do reflorestamento. Por esta razão a indústria é o setor que oferece o maior número de empregos, sendo responsável por 47,1% dos postos de trabalhos existentes no município. (SEBRAE, 2010). Como é possível notar o resultado encontrado na presente pesquisa corrobora com a realidade municipal.

Já Romaro e Evangelista (2008) realizaram sua pesquisa em uma clínica escola na cidade de São Paulo e encontraram resultados diferentes com relação à profissão ou emprego atual, sendo que predominou ocupação de assistente administrativo (escriturário/secretária /funcionário público) em 25% dos casos. Estes resultados denotam que a cidade onde está localizado o Serviço- escola, influência nas características ocupacionais dos usuários. Outro resultado divergente foi proposto por Porto, Valente e Rosa (2014) onde as profissões com maior recorrência foram professoras e pacientes do lar considerando o índice maior de mulheres.

Quanto ao estado civil predominaram solteiros, seguidos dos casados. Bortolini et.al (2011) por sua vez também encontraram resultados semelhantes. Enéas, Faleiros e Sá (2000) realizaram uma pesquisa documental analisando todos os prontuários dos atendimentos em psicoterapia breve de adultos entre 1997 e 1998 na Clínica Psicológica da Universidade Presbiteriana Mackenzie e os resultados encontrados quanto ao estado civil corroboram com os resultados aqui encontrados sendo que nos dois anos predominaram os solteiros. Chilelli e Enéas (1999) fizeram sua análise voltada apenas para as pessoas que desistiram do processo psicoterápico e o perfil caracterológico encontrado pelas autoras foi predomínio de pacientes do sexo feminino com idade entre 13 a 22 anos solteiras, com escolaridade entre Ensino Médio e Ensino Superior, resultados que corroboram com a presente pesquisa.

(TEZIS; CARVALAHO, 1988, ENÉAS; FALEIROS; SÁ, 2000, BORTOLINE et al. 2011)

Maravieski e Serralta (2011) consideraram na análise apenas pessoas maiores de 21 anos e encontraram o seguinte resultado: casados (inclui união estável), seguido dos separados ou divorciados, solteiros e viúvos. Já na população abaixo de 21 anos a maioria eram solteiros. Campezzato e Nunes (2007) por outro lado encontraram resultados diferentes predominando os casados, seguido dos solteiros, separados ou divorciados e viúvos. Logo a justificativa para encontrar uma população maior de solteiros está exatamente na faixa etária de maior predominância como é caso da presente pesquisa.

Os tipos de encaminhamentos mais recorrentes foram indicação de amigos, seguida de profissionais da saúde seguido de busca espontânea. Maravieski, Serralta, (2011) encontraram resultados próximos sendo que a variável mais recorrente foi busca espontânea, seguida de profissionais da saúde, responsável por 19,9% dos encaminhamentos.

A queixa inicial mais preponderante foi problemas familiares e de relacionamento. Sabe-se que problemas familiares é bastante genérico, de forma mais específica podemos destacar dificuldade na separação, brigas entre o marido e esposa, brigas com os filhos, traição, guarda dos filhos, ciúmes, dependência do cônjuge, gravidez indesejada, falta de contato com um dos genitores etc, seguido de ansiedade, estresse, pânico, problemas emocionais e depressão. O resultado encontrado aqui corrobora Enéas, Faleiros e Sá (2000) pois em seus achados predominou dificuldade no relacionamento familiar seguido de ansiedade.

Outro resultado semelhante foi encontrado por Justen et al. (2000): entre os pacientes atendidos 15,5% apresentavam dificuldades nas relações familiares, 14,6% apresentavam ansiedade ou insegurança e 15,0% tinham depressão ou tristeza. Já para Louzada (2003) a queixa inicial dos adultos com maior proeminência foi o nervosismo, e em segundo lugar problemas familiares.

Neumann e Wagner (2015) realizaram sua pesquisa no Serviço-Escola de Porto Alegre, o público selecionado compreendia adultos encaminhados para terapia familiar e a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas. Dentre as queixas iniciais foram encontradas dificuldade ou insatisfação com o comportamento de algum membro da família, seguido de dificuldade no exercício da parental idade, brigas e insatisfações com o relacionamento familiar.

Na identificação do principal problema da família os resultados são

semelhantes à queixa inicial, porém com proporções diferentes, como segue: uma diminuição na taxa de reclamações a respeito do comportamento ou personalidade de uma pessoa que antes era de 32,9% passando para 24,3% e aumento nos problemas centrados no relacionamento familiar antes era 13,2% passando para 24,3%.

Oliveira, Santos e Bortolon (2013) realizaram uma pesquisa voltada para o público adulto em um Serviço- Escola da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, entre os anos 2009 e 2010. As queixas iniciais com maiores prevalências de problemas clínicos registradas foram no âmbito familiar, nas amizades e no ambiente de trabalho. Em relação à sintomatologia psicopatológica, sintomas de ansiedade e depressão foram os mais prevalentes.

Por outro lado, Maravieski e Serralta (2011) encontraram resultados diferentes. Dentre eles sintomas depressivos 26%, ansiedade 13,7%) e em terceiro lugar problemas familiares 11,4%. Porto, Valente e Rosa (2014) por sua vez também encontraram resultados diferentes: ansiedade/insegurança, depressão e em terceiro lugar dificuldade nas relações familiares. Romaro e Oliveira (2008) realizaram uma pesquisa voltada a pessoas separadas, considerando que o problema maior era familiar. As autoras encontraram como queixas mais proeminentes: ansiedade, insegurança, medo 42,8% e depressão 32,1%.

Martins et al. (2015) afirma que as queixas mais frequentes estão relacionadas a problemas emocionais 211 indivíduos 38,7%, seguida de problemas pessoais com 92 indivíduos 16,8% 9, problemas de relacionamento familiar 86 indivíduos 15,7%. Oliveira e Frassão (2007) identificam que as queixas mais relatadas pelos adultos em atendimentos psicoterápicos são sintomas depressivos, conflitos relativos ao comportamento afetivo, queixa de dificuldade na relação familiar, ansiedade/insegurança. Como é possível observar na perspectiva de diferentes autores os sintomas são comuns nos diferentes serviços-escola, o que varia é a prevalência de uma pesquisa para outra. Outra variável a ser considerada é a falta de padronização das queixas, os resultados encontrados vão depender do entendimento do profissional (estagiários) que faz a triagem ou ainda do pesquisador que agrupa as demandas.

O número de sessões mais recorrente foi de seis a onze encontros. Esse resultado corrobora os achados de Enéas, Faleiros e Sá (2000), pois na pesquisa destes autores a ascendência foi de nove a doze sessões. Embora o número reduzido de sessões esteja atrelado a desistência, sabe-se que atualmente é uma tendência

que os processos psicoterápicos sejam de curta duração, modalidade conhecido como psicoterapia breve, que atende a parcela da população que não disponibiliza de muito tempo e nem condições econômicas para tratamentos onerosos, por outro lado, supre ainda a necessidade dos Serviços escolas que dispõem de um tempo reduzido por estar associado ao ano letivo da graduação. É uma categoria de atendimento que apresenta começo meio e fim bem definidos que demanda planejamento das ações evitando perda tempo, conservando a flexibilidade e relação terapeuta e paciente.

Sabe-se que a busca por ajuda deve-se a algum desconforto que pode ser entendido como um processo de crise ou desequilíbrio psíquico. A queixa mais recorrente foi relacionado a problemas de ordem familiares, porém esse termo é genérico. A entrevista inicial ajuda desmistificar, se a problemática está relacionada com filhos, cônjuge, mãe, pai, irmão, traição etc. A demanda pode estar explícita ou implícita cabendo ao terapeuta ter um bom feeling para identificar e definir um foco.

O desfecho do processo foi categorizado como: concluiu, aconselhamento, encaminhamento, desistência, mudança, continuar, triagem e anamnese e renda superior. É considerado concluído o processo quando o paciente atinge o alívio do sofrimento. Aconselhamento acontece em casos bem pontuais, onde demanda apenas de um a três encontros e o problema é resolvido.

Os encaminhamentos são feitos quando há necessidade de intervenção de outros profissionais. É considerado desistência quando o paciente perde o interesse pelos atendimentos e apresenta três faltas consecutivas sem justificativa. Dentre as categorias mais recorrentes encontrou-se a desistência.

Ancona Lopez (1983) apud Boeckel, Krug e Pereira (2016) justificam a alta prevalência de abandono de tratamentos em serviços-escola logo nos primeiros encontros, visto que nesses encontros são esclarecidas as dúvidas sobre o atendimento. Os autores citam também Lhullier (2002) para enfatizar que as desistências nestes espaços correspondem de 30% a 60% dos casos, marcado pela fase inicial do processo entre a primeira a sexta sessão, considerado um período delicado. Isso vem ao encontro dos achados na presente pesquisa onde as sessões duraram entre seis a onze encontros.

Benetti e Cunha (2008) apud Boeckel, Krug e Pereira (2016, p. 50) destacam quatro aspectos que podem desencadear a decisão de abandonar a psicoterapia dentre eles estão:

Aspectos sócio-demográficos (distância do local de atendimento, ocupação

do paciente, estado civil etc.) aspectos clínicos e características pessoais (diagnóstico, comorbidade, traços de agressividade, isolamento, estado psicótico e paranoico etc.); aspectos do tratamento (falta de informação do terapeuta ao paciente sobre o funcionamento do processo terapêutico, intervalo de sessões, aliança terapêutica problemática, sensação de liberdade do paciente para expressar a queixa etc.) aspectos institucionais (eficácia ou inexperiência dos terapeutas em formação, troca de terapeutas, número de sessões disponíveis, entre outros.

Outro fator a ser destacado é a fila de espera, muitos pacientes estão há muito tempo esperando pelo atendimento, quando chamados não sente-se motivados a prosseguir o tratamento. Outro problema é o tempo de atendimento estar atrelado aos semestres letivos, muitos atendimentos são interrompidos ou transferidos a outros estagiários devido ao fim do semestre. Essas mudanças de profissionais e a espera resultam no abandono.

4.2 PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Esta é a segunda parte da análise, visando delinear o perfil do usuário entre as crianças e adolescentes. A amostra é composta por 231 prontuários. As variáveis exploradas são: sexo, idade, escolaridade, renda, religião, bairro onde mora, com que mora, tipo do encaminhamento, queixa inicial, número de sessões e desfecho do processo. Quanto à caracterização da amostra, dados semelhantes foram encontrados em estudos sobre clientela dos serviços- escolas brasileiras voltados a crianças e adolescentes. Nota-se uma grande quantidade de escritos voltados a esse público, quando comparado aos escritos sobre o público adulto.

Os principais achados entre as crianças e adolescentes foram: público mais atendido foram meninos com idade entre seis a onze anos seguido de doze a dezessete. O nível de escolaridade é Ensino Fundamental. A renda é de um a dois salários mínimos. A religião é católica, seguida da evangélica. E os pacientes atendidos moram em bairros distantes, considerando o Núcleo como referência. As crianças e adolescentes moram predominante com a mãe e o pai seguido de pacientes que moram apenas com a mãe.

Os encaminhamentos foram feitos pelas instituições escolares, seguido de profissionais da saúde e as queixas iniciais foram problemas escolares, seguido de problemas familiares. O número de sessões foi de seis a onze, seguido de uma a cinco. E o encerramento predominantemente ocorreu por meio de desistência.

Como é possível observar na categoria crianças e adolescentes o maior número de atendidos são crianças do sexo masculino. Este resultado corrobora o levantamento feito por Wielewicki (2011) onde foram resgatados dos vinte e um estudos entre os anos 2000 até 2007, sobre a clientela infantil atendida em Serviços-Escola quando, em todos eles, os meninos foram os mais atendidos. Esse resultado também foi encontrado por Moura et.al (2008) quando analisaram crianças no período da pré-escola e 74% dos atendidos foram meninos. (SANTOS, 1990, VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013, VAGOSTELLO et al. 2017, GASTAUD; NUNES 2009, CUNHA; BENETTI, 2009)

Geralmente os meninos chegam ao Serviço- Escola na infância, encaminhado por algum familiar ou instituição escolar. As justificativas para estas questões são culturais e de gênero. Como faz notar Boeckel, Krug e Pereira (2016, p. 54).

As meninas são educadas para o mundo privado, já os meninos são para o mundo público, isto impacta sobremaneira as estratégias para resolução de problemas. Meninas são autorizadas e incentivadas a dialogar e refletir acerca de seus problemas, já os meninos não são treinados para tal, a eles restam poucas alternativas, a internalização é uma delas.

Porto, Valente e Rosa (2014) por sua vez afirmam que os meninos são atendidos com maior frequência nos Serviços-Escola por apresentarem comportamentos mais evidentes como agitação, agressividade, impulsividade. Estes comportamentos causam impacto negativo tanto para família como para a escola e geralmente não são tolerados resultando nos encaminhamentos.

Mais à frente serão apresentados os tipos de encaminhamentos, evidenciando esta afirmação. Já as meninas apresentam problemas menos explícitos resultando na difícil identificação, e muitas vezes não representam prejuízos aparente nem para família e nem para escola. Não significando que as meninas não têm problemas, porém são menos identificados.

Quando analisado o perfil encontrado em cada ano é possível notar que em 2012 os resultados foram equiparados entre meninos e meninas, em 2017 predominaram as meninas, quando confrontado com a idade nota-se que estão na fase da adolescência e início da vida adulta. E como foi visto acima, as mulheres tendem a frequentar mais os consultórios psicoterápicos. Este resultado é confirmado na pesquisa feita por Boeckel, Krug e Pereira (2016), Maravieski, Serralta (2011).

A faixa etária predominante na presente pesquisa foi de seis a onze anos. Este resultado é semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por Mello e Perfeito

(2006) onde a maior incidência foi a idade de nove anos dentro de uma categoria de seis a dez. Já Ancona-Lopez (1984) e Barbosa e Silvaes (1994) tiveram maior prevalência nas idades de seis a dez anos. E Cunha e Benetti (2009) por sua vez dividiu as categorias um pouco diferente porém obteve resultados próximos, predominando seis a nove e dez a doze anos. (VAGOSTELLO et al. 2017, NAKAMURA; TADA; JUNQUEIRA, 2008).

Mais uma vez o ano de 2017 apresenta resultados diferentes dos outros, neste caso predominou a faixa etária de doze a dezessete anos, isso significa que estão na adolescência e transição para a vida adulta. A justificativa para este resultado está justamente na predominância da idade e no sexo feminino.

A escolaridade mais recorrente foi Ensino Fundamental. Corresponde do primeiro ao nono ano. Este resultado vem ao encontro da pesquisa feita por Maravieski, Serralto (2011) e Vivian, Timm, Souza (2013), onde a maioria apresenta o Ensino Fundamental incompleto (NAKAMURA, TADA, JUNQUEIRA, 2008). Schoen-Ferreira et.al. (2002) realizaram uma pesquisa voltada para o público adolescente e em seus resultados predominaram pacientes com escolaridade de ensino fundamental.

Quanto a renda mensal dos responsáveis predominou um a dois salários mínimos. O que já era esperado visto que, está previsto no regimento interno do Núcleo de Psicologia, que a renda individual não pode ultrapassar dois salários mínimos. É possível observar uma pequena parcela de casos com três ou mais salários mínimos. A justificativa para estes achados dar-se-á devido alguns informarem a renda total da casa. Importante fazer menção também dos não possui, muitos prontuários apresentam falta de informação.

O Núcleo de Psicologia da UNIARP prevê em seu regimento interno que os atendidos precisam apresentar renda individual até dois salários mínimos. O que já era esperado predominou em todos os anos a renda conforme o regimento. A justificativa para a existência de três ou mais salários mínimos dar-se a devido a muitos informarem a renda total da casa. É possível observar também um número significativo de não possui. Alguns prontuários apresentam falta de informações comprometendo o resultado da presente pesquisa.

Boeckel, Krug e Pereira (2016) traçaram o perfil da clientela atendida no Centro de Serviços em Psicologia Cesep, enfatizando que 34,42% das pessoas atendidas ganham entre um a dois salários mínimos. Outro trabalho que corrobora os resultados

encontrados no presente estudo são os Macedo et.al (2009) onde analisaram a renda familiar da clientela atendida no Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) e identificaram que a maior frequência ficou nas faixas entre R\$ 501,00 a 1000,00 com 30,3%, num total de (354) sujeitos. Somando as três primeiras faixas salariais 67,2% dos atendidos possuem renda totalizando um a dois salários mínimos.

Macedo et. al. (2010) enfatiza que a maior incidência é de indivíduos com renda entre uma a dois salários mínimos. Pois como já foi citado acima o Serviço-Escola nasceu para atender duas prioridades: a práxis profissional e o atendimento à população mais carente. Há um consenso que a maior parte da clientela atendida nesta modalidade são pessoas economicamente menos favorecidas (NAKAMURA, TADA, JUNQUEIRA, 2008)

A religião também foi observada e a mais frequente foi a Católica. Pode-se observar resultados semelhantes na pesquisa feita por Maravieski e Serralta (2011) onde 86,7% dos pesquisados são da Religião Católica e 77,5% Evangélica ou Cristã.

O local de moradia foi classificado em três variáveis, bairros próximos, bairros distantes tendo o Núcleo de psicologia como referência e interior e cidades vizinhas. Os bairros próximos podemos destacar Centro, Berger, Bello Alto Bonito, Vereda dos trevos e Gioppo.

Os distantes apresentam um número bem elevado mas de forma ilustrativa será mencionado alguns como; Martelo, Municípios, Figueroa, Vila Paraíso, Reunidas e Menegazzo etc. Interior temos Linha Casteli, Linha Rio Bugre e Taquara Verde etc. Nas cidades vizinhas temos Lebon Régis e Fraiburgo (Obs. os atendimentos são realizados nessas cidades, porém ao final do processo o estagiário traz toda a documentação é armazenada no Núcleo). A maior prevalência assim como nos adultos foram das pessoas que moram mais longe.

Considerando a condição de crianças e adolescente torna-se relevante identificar com quem os indivíduos moram, neste caso predominaram crianças que moram com pai e mãe. Este resultado também foi encontrado por Perfeito e Mello (2006) onde a maioria dos pacientes moram com o pai e mãe, seguido apenas com a mãe. (GASTAUD, NUNES, 2009)

Borsa e Nunes (2011) citam Minuchi (1982) dizendo que família é um grupo social em constante interação entre si e com o meio. Sofrendo modificações ao longo dos tempos na mesma medida que os valores sociais vão sendo transformados. É entendido como família nuclear aquela composta por pai, mãe e filhos, embora esteja

ocorrendo muitas mudanças nas famílias atualmente foi possível observar que este modelo ainda é o mais recorrente na população analisada.

Os encaminhamentos foram feitos por instituições escolares, seguido de profissionais da saúde e familiares. No ano de 2017 encontrou-se resultados equiparados entre escolas, professores e familiares. Boeckel, Krug e Pereira (2016) enfatizam que entre crianças e adolescentes a grande maioria dos encaminhamentos são feitos por intermédio da escola ou da família. Macedo et al. (2009) acentua que a população infantil tende a ser encaminhada pelas escolas com maior incidência, enquanto que a população jovens e adultos tendem a procurar atendimento de forma espontânea. Gastaud, Nunes (2009) destacam os encaminhamentos mais recorrentes entre eles; escola, outros e psicólogos. Nota-se que na maior parte dos estudos a instituição escolar é responsável pela maioria dos encaminhamentos nas fases da infância e adolescência (TERZIS, CARVALHO, 1988, CUNHA, BENETTI, 2009)

Campezatto e Nunes (2007) justificam esta recorrência de encaminhamentos via escola devido à os problemas vivenciados nos primeiros anos escolares, os quais interferem na aprendizagem, comprometendo funções como pensar, sentir, falar e agir. As autoras citam Capellini, Tonelotto e Ciasca (2004) para reafirmar que as dificuldades de aprendizagem têm maior incidência em pacientes do sexo masculino.

Queixa inicial com maior frequência foi relativas aos problemas escolares seguido problemas familiares e agressividade. Vivian, Timm, Souza (2013) também encontraram resultados semelhantes sendo problemas escolares, ansiedade e depressão. Para Nakamura, Tada, Junqueira, (2008) a categoria com maior incidência de queixa foi a de problemas de aprendizagem e de atitude. Como já citado acima o estudo de Schoen-Ferreira et al. (2002) voltado para o público adolescente, encontraram queixas como; não vai bem na escola, seguido de desobediência em casa e na escola.

Nota-se que apesar das mudanças de nomenclatura a maioria dos estudos denotam problemas voltados à escola. Romaro e Capitão (2003) caracterizaram a clientela que buscou atendimento psicológico na clínica-escola da Universidade São Francisco – Campus de São Paulo, entre 1995 e 2000, sendo que dentre os resultados encontrados a queixa inicial mais recorrente foi relativa a problemas escolares. Santos (1990) realizou uma pesquisa em uma clínica de São Paulo e os resultados mais proeminentes foram nervosismo e distúrbio de aprendizagem.

Na categoria de nervosismo foram agrupados aspectos como: criança agressiva, impaciente, rebelde, provoca os colegas, desajustada, revoltada. Já, como distúrbio de aprendizagem estão agrupadas queixas como baixo rendimento escolar, repetência, lentidão, falta de concentração, dificuldade de atenção, memorização, compreensão, coordenação motora, alfabetização, esquecida, desatenta desinteressada.

Como já mencionado acima, a queixa inicial não tem um padrão definido, nota-se que existe variações de interpretação do profissional (estagiário) e também do pesquisador que agrupam as queixas. Porém em todos os autores acima citado a queixa mais recorrente refere-se a problemas relacionados a aprendizagem.

D'Avila-Bacarji, Maturano, Elias (2005) destacam que até o século passado as pesquisas buscavam entender os problemas de aprendizagem analisando as condições socioeconômicas dos sujeitos, por volta da década de 60 ampliou-se esta análise investigando também o microsistema familiar e a influência na aprendizagem escolar das crianças.

Foi observado no levantamento de dados que na queixa inicial os responsáveis falavam de problemas familiares e logo em seguida apresentavam as dificuldades que as crianças enfrentavam na escola. Nota-se que as dificuldades vivenciadas na escola podem estar vinculado aos problemas de ordem familiar ou emocional. D'Avila-Bacarji, Maturano, Elias (2005) fazem menção que os pais e a família podem contribuir positiva ou negativamente no aprendizado e na motivação de seus filhos. Aspectos da vida familiar como atmosfera, organização do lar, relacionamento e envolvimento entre os pais e a criança influenciam diretamente no aprendizado.

O nível de recursos despendido para a criança ao longo dos tempos muda à medida que a mesma vai desenvolvendo-se, porém, os efeitos do ambiente familiar perduram nos diferentes níveis de ensino. O nível de envolvimento dos pais na vida escolar dos filhos é um preditor significativo no progresso ou no fracasso acadêmicos dos filhos seja eles criança ou adolescente.

Os números de sessões mais frequentes foram entre seis a onze encontros. Esse número de encontros reduzidos vem ao encontro da realidade atual onde as pessoas não dispõem de tempo livre e nem condições econômicas para investir num tratamento muito prolongado, porém vivem expostos a grandes exigências, pressões sociais, econômicas, políticas e dificuldades das mais diversas ordens e de alguma forma precisam dar conta de tudo isso. Oliveira (2002) enfatiza a escassez de

trabalhos voltados a psicoterapia breve para crianças, porém é uma prática atual que vem suprindo as necessidades deste público e dos serviços-escola.

O desfecho do processo foi categorizado entre concluiu, aconselhamento, encaminhamento, desistência, mudança, continuar, triagem e anamnese e renda superior. Dentre as categorias mais frequentes encontrou-se a desistência seguida de conclusão e continuar. É considerado concluído o processo psicoterápico quando é atingido o objetivo proposto e o paciente recebe alta. Os aconselhamentos são feitos quando o problema é pontual e em poucos encontros é equacionado. O encaminhamento acontece quando a demanda ultrapassa a competência dos serviços oferecidos. A desistência corresponde a decisão do paciente em suspender ao tratamento com ou sem aviso prévio. Como em outros estudos encontramos um alto índice de desistência. (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013, CAMPEZATTO; NUNES, 2007, CUNHA; BENETTI, 2009, MARAVIESKI; SERRALTA, 2011)

As prováveis causas das desistências no caso das crianças e adolescentes, estão relacionadas à incompatibilidade de horário dos pais e o estagiário, desmotivação para o atendimento, faltas recorrentes sem justificativas, remissão espontânea dos sintomas, vergonha de ir ao psicólogo, mudança de cidade, escolha equivocada da abordagem ex; psicanálise (comportamentos externalizantes), etc.

Deakin, Nunes (2009) destaca um estudo voltado as características das crianças que abandonam o tratamento psicoterápico e os resultados revelam que a continuidade ao tratamento não está atrelada às características da criança, mas está relacionada a fatores externos a psicoterapia, fatores não controláveis pelo terapeuta. Já os fatores internos podem ser identificados previamente e trabalhado em cima desta perspectiva, por exemplo na avaliação é possível identificar a disponibilidade e o interesse dos pais ao tratamento.

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das dificuldades encontradas na presente pesquisa foi a falta de informações completas nos prontuários de atendimento. Esse problema também foi apontado Maravieski e Serralta (2011), onde muitos prontuários apresentam falta de informações, ou informações discrepantes. Quanto a queixa inicial não existe uma padronização de problemáticas, ficando a mercê da interpretação do estagiário. Outro problema refere-se a informações incompletas, confusas. Visto que os prontuários são

escritos à mão, alguns apresentam letras ilegíveis que comprometem a fidedignidade da pesquisa. Embora o objetivo da pesquisa tenha sido atingido, houve informações que ficaram faltando que poderiam contribuir para um melhor delineamento do perfil do usuário do núcleo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho resultou em dois perfis. Na categoria jovens e adultos temos; mulheres com idade entre 18 a 27 anos, a escolaridade Ensino Médio, com renda familiar entre uma a dois salários mínimos. A religião é católica e o local de moradia tendo o Núcleo de Psicologia como referência é considerado distantes. A maioria dos pacientes trabalham no ramo da indústria e o estado civil é solteiro. A busca por ajuda foi de forma espontânea. Com queixa inicial relacionado a problemas familiares. Os encontros tiveram duração entre seis a onze sendo considerado breve e teve uma grande parte dos atendidos que desistiram do processo.

Já o perfil encontrado entre crianças e adolescentes foi; meninos, com idade entre seis a onze anos. O nível de escolaridade é Ensino Fundamental. A renda de um a dois salários mínimos. A religião católica. Moram em bairros distantes, considerando o Núcleo como referência. As crianças e adolescentes moram com a mãe e o pai. Os encaminhamentos vieram das instituições escolares e as queixas iniciais foram problemas escolares, seguido de problemas familiares. Os números de sessões foram de seis a onze. E o encerramento ocorreu por meio de desistência.

As informações aqui coletadas permitiram compreender quem são os usuários do Serviço- Escola, possibilitando um melhor planejamento de ações e intervenções voltados as necessidades específicas daquela população, sempre na perspectiva de ampliar os atendimentos com qualidade. Criando programas que venham beneficiar cada vez mais seus usuários. Estes dados precisam estar disponíveis e de fácil acesso, pois pesquisa como estas devem ser feitas constantemente pelos gestores, professores e alunos. Para facilitar esta ação, uma das sugestões é informatizar os prontuários. Sabe-se que sempre a fila de espera é maior que a capacidade de atendimento, por esta razão ampliar a prática de aconselhamento seria uma das possibilidades de oferecer soluções pontuais para um maior número de pessoas, sempre primando pela qualidade dos atendimentos e alívio do sofrimento do indivíduo. Outra proposta é elaboração de programas de prevenção a saúde mental, visando aumentar a qualidade de vida da população. Sabe-se ao longo da pesquisa novos questionamentos aparecem, um deles corresponde ao alto índice de desistência, embora não seja uma realidade apenas do Núcleo de psicologia e muitos fatores estão envolvidos, é um tema que merece ser explorado, discutido e pesquisado. Buscando soluções pontuais para evitar que isso aconteça recorrentemente.

REFERÊNCIAS

- ANCONA-LOPEZ, M. **Características da clientela de clínicas-escolas de psicologia em São Paulo. Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 78-92, 1983a. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18887/17633>. Acesso em: 09 jun. 2018
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições. Traduzido por Beatriz Affonso Neves**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Título original: Nuevas Aportaciones Al Psicodiagnostico Clinico.
- BELTANI, B. G., BAZILIO, J. A. S., BEZERRA, P. F. C. **Levantamento da desistência dos atendimentos dos adolescentes no Serviço-Escola do Curso de Psicologia do Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* - Lins** / Barbara Greici Beltani; Jéssica Aparecida da Silva Bazilio; Paula Fernanda de Carvalho Bezerra. – Lins, 2014. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/57478.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.
- BOECKEL, G. M.; et. al. O papel do serviço-escola na consolidação do projeto pedagógico do curso de psicologia/ Gonçalves Boeckel, Jefferson Silva Krug,, Camila Roberta Lahm, Fernanda Ritter, Laura Ostrowski Fontoura, Luiza Carina Sohne. **Psicologia Ensino & Formação**. v. 1, n. 1. Brasília abr. 2010 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-2061201000010005. Acesso em 07 mar. 2018.
- BOECKEL, G. M., KRUG, S. J., PEREIRA, Andriola Rossana; Caracterização e trajetória do Centro de Serviços em Psicologia- Cesep. KRUG, Silva Jefessor, PRATI, Eschiletti Laíssa, BOECKEL, Gonçalves Mariana. (Orgs.) **Fundamentos e práticas em serviço-escola: espaço potencial de formação em Psicologia**. - Curitiba: Juruá, 2016.
- BORDALO, Alípio Augusto. Estudo transversal e/ou longitudinal/ Augusto Alípio Bordalo. **Revista Paraense Medicina**. v. 20, n. 4. Belém. dez. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001 Acesso em: 07 mar. 2018.
- BORSA, C. J.; Centro de avaliação psicológica – CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico/ *Juliane Callegaro Borsa, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Denise Balem Yates, Denise Ruschel Bandeira*. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 101-114, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652013000100007 Acesso em: 07 mar. 2018.
- BORSA, C. J. NUNES, T. L.M. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**. v. 29, n. 64, p. 31-39. 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835> .Acesso em: 27 jun. 2018

BORTOLINI, M. et al. Perfil de pacientes atendidos através da terapia cognitivo comportamental em uma clínica-escola.. **Contextos Clínicos**, v. 4, n. 2, p.132-138, julho-dezembro 2011. doi: 10.4013/ctc.2011.42.07 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822011000200007. Acesso em: 09 jun.18

BRASIL. **Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sob os recursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=113975>.

BRASIL. **Parecer nº CNE/CES 0062/2004**, de 12 de abril de 2004. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia

CAMPEZATTO, P. V. M.; NUNES, M. L. T. Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Psicologia Reflexiva Crítica**. v. 20, n. 3, p. 376-388, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n3/a05v20n3.pdf> Acesso em: 07 mar. 2018

CARRASCO, K. L. SÁ, D. S. **O psicodiagnóstico clínico: como e para quê?**/ Leanira Kesseli Carrasco, Samantha Dubugras Sá. Fazer psicologia/ Mônica Medeiros [organizador]. São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

CHILELLI, K. B.; ENÉAS, M. L. E. Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia/boletins/1/artigo5.pdf> . Acesso em: 09 jul.18

CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA. **Código de Ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. 2011. **Resolução nº 5. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia**. Brasília, Diário Oficial da União, p. 19. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018

CORDIOLI, Volpato Aristides **Psicoterapias: abordagens atuais**/ Aristides Volpato Cordioli (organizador) -3. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008

CUNHA, T. R. S., BENETTI, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. **Boletim de Psicologia**, v. 59, n. 130, p. 117-127. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v59n130/v59n130a10.pdf> Acesso em: 09 jun. 2018

CUNHA, A. J.; **Psicodiagnóstico-V [recurso eletrônico]** / Jurema Alcides Cunha ...

[et al.]. – 5. ed. rev. e ampl. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed,2007. Disponível em: <https://professorsauloalmeida.files.wordpress.com/2015/02/psicodiagnoc3b3stico-v-jurema-alcides-cunha.pdf> Acesso: 07 mar. 2018

_____. **Psicodiagnóstico-V/** Jurema Alcides Cunha ... [et al.]. – 5. ed. rev. e ampl. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed,2000.

CURY, B. M. **Reflexões sobre a formação do psicólogo no Brasil: a importância dos estágios curriculares.** Belo Horizonte, 2012. Disponível em: http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_CuryBM_1.pdf. Acesso em: 09 jun. 2018

CURY, M.B., NETO, F.L.J., Do Currículo Mínimo às Diretrizes Curriculares: os estágios na formação do psicólogo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 494-512 Dez. 2014 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000300006 Acesso em: 09 jun.2018

D'AVILA-BACARJI, K.M.G. MATURANO, E. M., ELIAS, L.C. **Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre**, v. 15, n. 30, janeiro-abril, 2005, pp. 43-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/07.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018

DEAKIN, K.E., NUNES, T. L.M., Abandono de psicoterapia com crianças. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 31, n. 3, p.145-151, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300003 Acesso em: 09 jun. 2018

DOCKRELL, J. **Crianças com dificuldades de aprendizagem uma abordagem cognitiva.** Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2000.

ENÉAS, E. L. M. Uso de Psicoterapias breves em clínica-escola: Caracterização dos processos com adultos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 2, p. 9-30. 2000. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1108> Acesso em: 07 mar. 2018.

FERREIRA, Santos, Eduardo, 1952- **Psicoterapia breve: abordagem sistematizada de situação de crise.** 2ª ed. São Paulo: Ágora, 1997.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GASTAUD, B.M., NUNES, T.L.M. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 1, n. 1, p. 13-23. 2009;. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a06> Acesso em: 09 jun. 2018.

GILLIÉRON, E. **Introdução às psicoterapias breves**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GUERRELHAS, F. F., SILVARES, E. F. M. Grupos de espera recreativos: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica- escola de psicologia. **Temas em Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 313-321, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X200000030009. Acesso em: 09 jun. 2018

HERZBERG, E.; CHAMMAS, D.; Triagem estendida: serviço oferecido por uma clínica-escola de Psicologia Eliana Herzberg, Débora Chammas Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. **Paideia**, v. 19, n. 42, p. 107-114. jan.-abr. 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/13.pdf> Acesso em: 07 mar. 2018

HULTZ, S.C., **Psicodiagnóstico** [recurso eletrônico] / Organizadores, Claudio Simon Hutz ... [et al.]. – Porto Alegre: Artmed, 2016. e-PUB.

JUSTEN, A., et al. Identificação da população atendida no Centro de Psicologia aplicada da Universidade Paranaense. **Arquivo Ciência Saúde**. UNIPAR, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 197-209, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/3661/2374>. Acesso em: 09/06/18

KAUARK, D. S. F., SILVA, S.A.V., Dificuldade de aprendizagem nas séries iniciais do Ensino Fundamental e ações Psico & pedagógicas. **Revista Psicopedagogia**; v.25 n.(78): 264- 70 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862008000300009&script=sci_abstract. Acesso em: 09 jun. 18.

KRUG, S. J., BOECKEL, G. M., ANDRADE, de R.; Entrevista de Triagem: o primeiro Encontro no Serviço- Escola. KRUG, Silva Jefessor, PRATI, Eschiletti Laíssa, BOECKEL, Gonçalves Mariana. (Orgs.) **Fundamentos e práticas em serviço-escola: espaço potencial de formação em Psicologia**. - Curitiba: Juruá, 2016.

KRUG, S. J., BOECKEL, G. M.; Serviço-Escola e as Diretrizes Curriculares Nacionais para formação em Psicologia: Relato de experiência. KRUG, Silva Jefessor, PRATI, Eschiletti Laíssa, BOECKEL, Gonçalves Mariana. (Orgs.) **Fundamentos e práticas em serviço-escola: espaço potencial de formação em Psicologia**. - Curitiba: Juruá, 2016.

LÔHR, S. S.; SILVARES, E. F. M. **Clínica escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade**. In: SILVARES, E. F. M. Atendimento psicológico em clínicas-escolas. Campinas: Alínea, 2006.

LOPEZ, M. A. Características da clientela de clínicas-escola de Psicologia em São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 35, p. 78-92, 1983. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/1984-21313-001>. Acesso em: 09 jun. 2018

LOUZADA, R. C. R. Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.8 n.(3), p.451-457, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19967.pdf> Acesso em: 09 jun. 18.

MACEDO, K.M. M., DOCKHORN, F. B. N. C., WELANG, G. S. B. **A demanda de ajuda e a capacidade de escuta na entrevista de triagem/ /** Mônica Kother Medeiros, Carolina Neumann de Barros falcão Dockhorn, Blanca Susana Guevara Werlang. Fazer psicologia/ Mônica Medeiros [organizador]. São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

MACEDO, K.M. M., et al. **A clínica-escola SAPP e o fazer psicologia/** Mônica Kother Medeiros, Maria Lúcia Tillet Nunes, Paula Von mengden Campezzatto, Ivana do Prado Padilha. Fazer psicologia/ Mônica Medeiros [organizador]. São Paulo: Casa do psicólogo, 2009.

MACEDO. M. M. k. et al. Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p.154-170, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100013 Acesso em: 27 jun. 2018

MARAVIESKI, S., SERRALTA, B. F. Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de Psicologia. Canoas RS- Brasil **Temas em Psicologia**. v. 19, n. 2, p. 481 – 490. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a11.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018

MARCONI, M. de A.; **Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragem e técnica de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados/** Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. – 6.ed. – 2 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2007.

MARRAN, Ana Lúcia, LIMA, Paulo Gomes, Estágio curricular supervisionado no Ensino Superior brasileiro: Algumas Reflexões / Ana Lúcia Marran, Paulo Gomes Lima. **Revista e-curriculum**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2011 <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>. Acesso em: 09 jun.2018

MARTINS, F. N., et. al. Caracterização da clientela na clínica-escola de psicologia da UNICESUMAR/ Najla Ferreira Martins, Camila Oliveira, Daniela Borges, Geisse Adriana Silva, Luana Gurniski de Freitas, Thays Fernanda Suci Moya Requena2, Leonardo Pestillo de Oliveira. **Anais Eletrônico IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar** Nov. 2015, n. 9, p. 4-8 ISBN 978-85-8084-996-7 IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar 03 a 06 de novembro de 2015 Maringá – Paraná – Brasil. Acesso em: 09 jun. 2018

MOURA, C. B. et. al. (2008, janeiro/junho). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos Clínicos**. v. 1, n. 1. São Leopoldo jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19833482200800010001 Acesso em: 27 Jun. 2018

NAKAMURA, S. M., et.al. Desvendando a queixa escolar: um estudo no Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia/ Mariana Sathie Nakamura, Vanessa Aparecida Alves de Lima, Iracema Neno Cecilio Tada, Maria Hercília Rodrigues Junqueira. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v. 12, n. 2, p. 423-429. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141385572008000200013&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 09 jun. 2018

NEUMANN, P. A. WAGNER, A. Caracterização da clientela atendida em terapia de família em uma clínica-escola/ Angélica Paula Neumann, Adriana Wagner. **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 63-81, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01035665201500020004 Acesso em: 09 jun.2018

OCAMPO, de S. L. M. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas/** María Luísa Siquier de Acampo, María Esther García Arzeno, Elza Grassano de Piccolo e colaboradores; tradução Miriam Felzenszwalb; revisão técnica Luiz Lorenzo Rivera. 11^a. Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. (Coleção de textos de Psicologia)

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009

OLIVEIRA, I. T. Critérios de indicação para psicoterapia breve de crianças e pais/ Iraní Tomiatto de Oliveira. Universidade Presbiteriana Mackenzie. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 4 n. 1, p. 39-48. 2002, Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-3687200200010005 Acesso em: 09 jun.2018

OLIVEIRA, I. T. Psicoterapia psicodinâmica Breve: dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 1, n. 2, p.199, 1999. Disponível em: 1145 Acesso em: 09 jun. 2018

OLIVEIRA, R. D., FRASSÃO, O.G.C.M., Relação entre Gênero e sofrimento psíquico em uma clínica-escola/ Débora Ramos de Oliveira, Márcia Cristina Gonçalves de Oliveira Frassão. Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Lorena, São Paulo. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, Itapetininga, v. 4, n. 3, 2017. Disponível em: <https://itp.ifsp.edu.br/ojs/index.php/IC/article/download/615/669>. Acesso: 09 jun. 2018

OLIVEIRA, S.M., SANTOS, L.P., BORTOLON, C. Clientela adulta de serviço

psicológico: características clínicas e sociodemográficas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 15, n. 2, p.192-202. São Paulo, SP, maio-ago. 2013. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (*on-line*). Sistema de avaliação: às cegas por pares (*double blind review*). Universidade Presbiteriana Mackenzie. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n2/15.pdf> Acesso: 09 jun. 2018

OLIVEIRA, T. I.; Psicoterapia psicodinâmica breve: dos precursores aos modelos atuais/ Iraní Tomiatto de Oliveira. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 1, n. 2, p. 9-19 1999 Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Editora/RevistaPsicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_1_-_Numero_2/art02.PDF Acesso em: 07 mar. 2018

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H. M. B. Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, Abril 2004. Disponível e http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722004000100007&lng=en&nrm=iso Acesso: 09 jun. 18

PERFEITO, S. C. C. H.; MELO, de A. S. Evolução dos processos de triagem psicologia em uma clínica-escola. Hélvia Cristine Castro Silva Perfeito, Sandra Augusta de Melo. **Revista Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 21, n. 1, p. 33-42, janeiro/abril 2004 Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n1/a03v21n1> Acesso: 07 mar. 2018

PORTO, M. A.; VALENTE, M. L. L.; ROSA, H. R. A construção do perfil da clientela numa clínica-escola. Boletim de Psicologia: Sociedade de Psicologia de São Paulo/ **Boletim de psicologia** São Paulo, v. LXIV, n. 141, jul/dez 2014. p. 159-172. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432014000200005 Acesso: 09 jun.2018

PRODANOV, C. C.; **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : **métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMARO, A.R.; Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco/ Rita Aparecida Romaro, Claudio Garcia Capitão. **Psicologia: Teoria e Prática** —, v. 5, n. 1, p. 111-121, 2003. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1185/883> Acesso: 07 mar. 2018

ROMARO, A. R. EVANGELISTA, P. Identificação das Queixas de Adultos Separados Atendidos em uma Clínica-escola de Psicologia/ Rita Aparecida Romaro , Patricia Evangelista C. Leal Oliveira . **Psicologia ciência e profissão**, v. 28, n. 4, p. 780-793 2008, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932008000400010&script=sci_abstract&lng=pt Acesso: 27 ju. 2018

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia de curta duração**/ Jorge Ponciano Ribeiro.- 3.ed.rev.e ampl. – São Paulo: Summus, 2009.

ROCHA, M. A.V. et. al. PSICOTERAPIA BREVE: EXPERIÊNCIA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA/ Viviane Aparecida Moreira Rocha, Fabiana Teixeira, Gláucia Mara de Souza Arruda Neves, Janice Cristina Rosa Miranda, Natália Martins Lopes. **Anais V SIMPAC** – v. 5 - n. 1 - Viçosa-MG - jan. - dez. 2013 - p. 501-506 disponível em: <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/155> Acesso: 09 mar.2018

ROMARO, R. A., CAPITÃO, C. G. **Caracterização da clientela da clínica-escola de Psicologia da Universidade de São Francisco**. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 5, n. 1, p. 111-121, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872003000100009. Acesso: 09 jun. 2018

Santa Catarina em Números: Florianópolis/ **Sebrae/SC**. _ Florianópolis: Sebrae/SC, 2010. 118p. Disponível em: <http://www.sebrae-sc.com.br/scemnumero/arquivo/Cacador.pdf>. Acesso: 09 jul. 2018

SANTOS, D. A. M., Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo/ Manoel Antônio dos santos. **Revista Brasileira. Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 42 n. 2, p. 79-94, mar./maio 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/21751>. Acesso: 09 jun.2018

SANTOS, M. A. Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 79-94, 1990. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/21751/20504> Acesso: 09 jun. 2018

SCHOEN-FERREIRA, H. T. et. al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento e apoio psicológico ao adolescente (CAAA)-UNIFESP/ EPM/ Teresa Helena Schoen-Ferreira, Dalva Alves Silva, Maria Aznar Farias, Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 73-82, jul./dez. 2002 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a09> Acesso: 09 jun. 2018

SILVARES, E. F. M. O papel preventivo das clínicas-escola de Psicologia no seu atendimento à crianças. **Temas em Psicologia**, v. 2, p. 87-97. 1993.

SIMÕES, A. et.al. Clínica-Escola de Psicologia: caracterização do perfil da clientela atendida/ Andrea Simões, Adriana Sampaio, Patrícia de Oliveira, Priscila Zanardi Favaretto. **Iniciação Científica**. Disponível em: <http://aems.edu.br/iniciacao-cientifica/download/3ac28c7130.pdf> Data de acesso: 07 mar. 2018

TERZIS, A., CARVALHO, L. L.M.R., Identificação da população atendida na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Puccamp. **Arquivo brasileiro Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 87-97, out./dez. 1988 disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/21336> Data de acesso: 09 jun. 2018

VAGOSTELLO, L. Caracterização das demandas de psicodiagnóstico infantil em uma clínica-escola de São Paulo/ Lucilena Vagostello, Daiana Santana Monteiro Albuquerque, Fernanda Teodoro Queiroz, Gabriela Pacheco Lopes, Letícia Vieira Silva. **Psicologia Revista**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 41-58, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/23145>. Acesso: 09 jun. 2018

VIEIRA LHAM, Roberta Camila; CAIRO, Pinheiro Dutra Silvia; KRUG, Silva Jefersson; Ética Profissional na Prática em Serviço-escola. - KRUG, Silva Jefessor, PRATI, Eschiletti Laíssa, BOECKEL, Gonçalves Mariana. (Orgs.) **Fundamentos e práticas em serviço-escola: espaço potencial de formação em Psicologia**. - Curitiba: Juruá, 2016

VIOL, S. G. M.; FERRAZZA, D. A. Estudo Sobre um Serviço-Escola de Psicologia: do perfil da clientela às novas estratégias de atenção e cuidado/ Solange Gomes de Melo Viol, Daniele de Andrade Ferrazza. **Fórum: Diálogos em Psicologia**, ano II, n. 3. Ourinhos/SP – jul./dez. 2015 Disponível em: <http://fio.edu.br/revistapsi/arquivos/ed3/05-%20Artigo3.pdf> Data de acesso: 07 mar. 2018

VIVIAN,G., TIMM, S.A., SOUZA, F.P. Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infanto juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS **Aletheia**, n. 42, septiembre-diciembre, 2013, pp. 136-152 Universidade Luterana do Brasil Canoas, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115035315012> Acesso em: 09 jun. 2018

WIELEWICKI, A. Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 2, diciembre, pp. 379-389, 2011. Sociedade Brasileira de Psicologia Ribeirão Preto, Brasil. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X201100020003 Acesso em: 09 jun. 2018.