



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARIA LÚCIA MANTOVANELLI ORTOLAN

**O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NO
SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA DA UEL:
CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS**

Londrina
2021

MARIA LÚCIA MANTOVANELLI ORTOLAN

**O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NO
SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA DA UEL:
CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Maíra Bonafé Sei

Londrina
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

078 Ortolan, Maria Lúcia Mantovanelli.
O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de psicologia da UEL : Contribuições psicanalíticas / Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan. - Londrina, 2021.
113 f.

Orientador: Maíra Bonafé Sei.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2021.
Inclui bibliografia.

1. Serviço-escola - Tese. 2. Psicologia - Tese. 3. Abandono da Psicoterapia - Tese. 4. Psicanálise - Tese. I. Sei, Maíra Bonafé. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

MARIA LÚCIA MANTOVANELLI ORTOLAN

**O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NO
SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA DA UEL:
CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Máira Bonafé Sei
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Hernani Pereira do Santos
Pontifícia Universidade Católica do Paraná -
PUCPR

Prof. Dr. Gustavo Henrique Dionísio
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Londrina, 16 de dezembro de 2021.

Dedico este trabalho aos meus futuros
estudantes de graduação em Psicologia, na
Universidade Estadual de Londrina.
Faço esse percurso para conseguir,
quanto boa filha que sou, à casa retornar.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos meus pais, Jayme e Raquel, que nunca mediram esforços para que eu estivesse hoje aqui. Investiram em minha educação com a certeza de que isto seria uma das coisas mais valiosas que eles poderiam me deixar como herança. Eles estavam certos.

Agradeço também aos meus irmãos, João e Angelina, que, na medida do possível, puderam compreender os caminhos que escolhi na vida. O amor e o apoio deles não teve fronteiras.

Não tenho palavras para agradecer minha querida amiga e orientadora Dra. Maíra. Só quem ama a academia sabe como é delicioso encontrar uma parceira que topa tudo: resumo de evento, artigo, livro, mestrado e por aí foi, e ainda vai. Maíra é para mim uma inspiração de expansão no mundo. Sem ela, meu *lattes* não seria como é hoje. Muito obrigada por acreditar em mim, por ter paciência e compreensão.

Aos meus orixás que estiveram comigo em todas as etapas da vida, em cada conquista, em cada derrota, em cada sonho e em cada projeção de vida. Saravá às avós e aos avôs. Laroye aos Exus.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pacientes, desde a primeira paciente, ainda em estágio clínico na faculdade, os usuários da atenção básica em saúde, em minha trajetória na residência, até os pacientes da clínica particular. É um desafio poder compreendê-los. Foi com muito trabalho que pude entender aquilo que me frustrava tanto: eles iam embora sem eu entender nada. O tema de dissertação é para aqueles cujos encontros, pude perceber, duram o tempo que têm que durar.

Aos meu colegas e professores do mestrado, que puderam me dar anteparo para que o saber circulasse. Juntos enfrentamos um programa de mestrado inteiro em meio a uma pandemia, aos trancos e barrancos, sem desistir, sendo criativos, esperançosos e convictos de

que não haveria outro caminho que não fosse o da ciência.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Carlos, por não desistir de mim enquanto eu lutava para conquistar meus sonhos. Não consigo mensurar a importância de cada gesto de apoio e a compreensão que recebi em cada café levado no escritório, a cada noite sem dormirmos juntos e a cada fragmento de tempo que ele disponibilizou para escutar meus achados, minhas angústias e minhas paixões. Te amo.

Aos meus analistas Fernanda e Daniel, que puderam me sustentar e me manter integrada frente aos nocautes da vida.

Ao meu supervisor clínico e querido amigo Hernani, ele e sua família me acolheram e me fortaleceram para que eu pudesse sempre me lembrar de minha paixão pelo saber.

“[...] de um ponto de vista prático [...], uma análise termina quando analista e paciente deixam de se encontrar para uma sessão analítica”.

Freud (1937)

Ortolan, M. L. M. (2021). **O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de psicologia da UEL: contribuições psicanalíticas.** 133 f. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

As longas filas de espera para atendimento e o abandono da psicoterapia individual são fenômenos recorrentes nos serviços de saúde mental e com todas as faixas etárias, principalmente em serviços-escola de Psicologia. Objetiva-se descrever, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual em 2017 a 2019 no serviço-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12^a sessão de terapia. Trata-se de um estudo qualitativo, com objetivos exploratórios e descritivos, mediante coleta de dados por meio de entrevistas semidirigidas, analisadas pelo método de análise de conteúdo. A primeira fase da coleta de dados (n=30) teve como objetivo a caracterização da amostra, por meio das variáveis sociodemográficas e clínicas: gênero feminino (63,33%), faixa etária de 21 a 40 anos (60%), solteiros (46,67%), com ensino superior incompleto (26,66%), católicos (36,68%), pertencentes à comunidade externa à universidade (83,34%), de Londrina (80%), com renda de dois a cinco salários mínimos (50%), com presença de sintomas físicos (60%), não vinculados a tratamento médico (66,67%), em uso de medicação contínua (50%), com histórico anterior de psicoterapia (53,33%), em tratamento no serviço, em média, por 20 sessões, com um tempo médio de espera da sessão de triagem até o atendimento psicoterápico de cinco meses, atendidos pela abordagem teórica da psicanálise (60%), como queixa inicial de ansiedade (22,69%). Já a segunda fase contemplou as entrevistas semidirigidas realizadas com 11 participantes da amostra inicial. Frente aos três grandes eixos temáticos apriorísticos, priorizou-se a análise do eixo Sobre o Abandono da Psicoterapia, dividido em três categorias: Motivos do abandono da psicoterapia (tendo como subcategorias Relação com o terapeuta e suas atitudes; Indisponibilidade de horários e dificuldades de deslocamento; Troca de terapeuta; Insatisfação com os efeitos e resultados; Indisponibilidade subjetiva do paciente ao tratamento), Reações do terapeuta e Implicações institucionais (tendo como subcategorias Falta de Encaminhamento; Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica; Atravessamentos da Gratuidade do Serviço). Além dos fatores associados ao abandono da psicoterapia individual, como a relação com o terapeuta e suas atitudes, a indisponibilidade de horários e dificuldade no deslocamento, as trocas de terapeuta, insatisfação com os efeitos e resultados da psicoterapia e a indisponibilidade subjetiva do paciente ao tratamento, outras questões podem estar em jogo, especificamente em uma análise psicanalítica dos dados, como as transferências (tendo a instituição e o supervisor clínico como objetos que atravessam a transferência entre paciente e terapeuta), a temporalidade dos atendimentos regrada pela instituição, fazendo concorrer o tempo lógico com o cronológico, a questão da supervisão clínica e a necessidade de um supervisor-analista, e a normatização curricular em relação à transmissão da Psicanálise, sendo necessário que esta seja possível apenas pela transferência de trabalho. Espera-se que com os resultados trazidos e analisados ao longo desta pesquisa haja uma contribuição efetiva no serviço-escola de Psicologia, podendo propiciar reflexões institucionais com o intuito de qualificar a oferta de serviços, principalmente com relação à oferta da clínica psicanalítica.

Palavras-chave: serviço-escola; psicologia; abandono da psicoterapia; psicanálise; instituição.

Ortolan, M. L. M. (2021). **The abandonment of individual psychotherapy in the UEL psychology service-school: psychoanalytic contributions.** 133 p. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

Long waiting lines for care and the abandonment of individual psychotherapy are recurrent phenomena in mental health services and in all age groups, especially in Psychology service-schools. The aim is to understand, among adults who were undergoing individual psychotherapy from 2017 to 2019 at the School of Psychology service of the State University of Londrina, the factors associated with psychotherapeutic abandonment after the 12th therapy session. This is a qualitative study, with exploratory and descriptive goals, through data collection using semi-structured interviews, analyzed using the content analysis method. The first phase of data collection (n=30) aimed to characterize the sample, using sociodemographic and clinical variables: female (63.33%), age group from 21 to 40 years (60%), single (46.67%), with incomplete higher education (26.66%), catholics (36.68%), belonging to the community external to the university (83.34%), from Londrina (80%), with an income of two at five minimum wages (50%), with the presence of physical symptoms (60%), not linked to medical treatment (66.67%), using continuous medication (50%), with a previous history of psychotherapy (53.33%), undergoing treatment at the service, on average, for 20 sessions, with an average waiting time from the screening session to the psychotherapeutic care of five months, attended by the theoretical approach of psychoanalysis (60%), as an initial complaint of anxiety (22.69%). In its turn, the second phase included semi-structured interviews carried out with 11 participants from the initial sample. From the view of the three major aprioristic thematic topics, it was given priority to the analysis of the topic About Abandonment of Psychotherapy, divided into three categories: Reasons for abandoning psychotherapy (with the subcategories Relation with the therapist and their attitudes; Unavailability of schedules and difficulties in moving around; Change of therapist; Dissatisfaction with the effects and results; Subjective unavailability of the patient to treatment), Therapist reactions and institutional implications (with the subcategories Lack of Referral; Rules and Functioning of the Psychological Clinic; Crossings of Free Service). In addition to factors associated with the abandonment of individual psychotherapy, such as the relationship with the therapist and their attitudes, the unavailability of schedules and difficulty in commuting, therapist changes, dissatisfaction with the effects and results of psychotherapy and the patient's subjective unavailability to treatment, other issues may be at stake, specifically in a psychoanalytic analysis of the data, such as transferences (having the institution and the clinical supervisor as objects that cross the transference between patient and therapist), the temporality of care regulated by the institution, making the logical time with chronological time, the issue of clinical supervision and the need for a supervisor-analyst, and the curricular standardization in relation to the transmission of Psychoanalysis, being necessary that it be possible only through the transference of work. It is expected that with the results brought and analyzed throughout this research, there will be an effective contribution to the psychology service-school, which may provide institutional reflections in order to qualify the offer of services, especially in relation to the offer of the psychoanalytic clinic.

Keywords: school-service; psychology; abandonment of psychotherapy; psychoanalysis; institution.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma com base nas recomendações do modelo PRISMA	27
Figura 2 – Caracterização da amostra por dados clínicos	82
Figura 3 – Tempo de espera entre a realização da triagem e a convocação para o atendimento psicoterápico, medido em meses.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos artigos sobre o abandono da psicoterapia recuperados da bases da dados.....	28
Tabela 2 – Caracterização das variáveis relacionadas ao abandono da psicoterapia resultantes das pesquisas das bases de dados	34
Tabela 3 – Caracterização das variáveis presentes na Ficha de Encerramento	66
Tabela 4 – Caracterização da amostra	75
Tabela 5 – Caracterização dos dados clínicos e institucionais dos participantes entrevistados	84
Tabela 6 – Categoria de análise Motivos do Abandono da Psicoterapia.....	87
Tabela 7 – Categoria de análise Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia	95
Tabela 8 – Categoria de análise Implicações Institucionais	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AM	Abandono Médio
AMP	Associação Mundial de Psicanálise
AT	Abandono Tardio
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FEBRAPSI	Federação Brasileira de Psicanálise
FEPAL	Federação Psicanalítica da América Latina
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPA	Associação Psicanalítica Internacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Psicologia e Psicanálise
PePSIC	Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PGAC	Psicologia Geral e Análise do Comportamento
PSI	Psicologia Social e Institucional
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBPSP	Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEP	Serviço-escola de Psicologia
SRQ	<i>Self Report Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFC	Universidade Federal do Ceará
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPTC	Universidade Pedagógica e Tecnológica da Colômbia

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	15
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1	O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ESFERA PÚBLICA.....	21
2.2	O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	24
2.2.1	Expectativas do Paciente com a Psicoterapia	35
2.2.2	Objetivos do Paciente com a Psicoterapia	36
2.2.3	Disponibilidade Subjetiva do Paciente com a Psicoterapia	36
2.2.4	Relação do Paciente com o Terapeuta	37
2.2.5	Técnicas e Hipóteses Terapêuticas	38
2.2.6	Diagnósticos Específicos	39
2.2.7	Variáveis Ambientais.....	39
2.3	A CLÍNICA PSICANALÍTICA EM SERVIÇOS-ESCOLA DE PSICOLOGIA: PSICANÁLISE E INSTITUIÇÃO	40
2.3.1	O Ensino da Psicanálise na Universidade.....	50
2.3.2	A Análise Pessoal do Estagiário e a Importância da Supervisão.....	51
2.3.3	As Transferências na Clínica Psicanalítica em SEP	54
3	OBJETIVOS	59
3.1	OBJETIVO GERAL	59
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	59
4	METODOLOGIA	60
4.1	DELINEAMENTO.....	60
4.2	CAMPO DE ESTUDO	60
4.3	PARTICIPANTES	61
4.4	PROCEDIMENTOS	62
4.4.1	Instrumento	62
4.4.2	Coleta de Dados	62
4.4.3	Análise de Dados	63
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	64

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	65
5.1.1	Primeira Fase da Coleta de Dados	65
5.1.1.1	Sessões Realizadas	67
5.1.1.2	Abordagem Teórica do Atendimento.....	68
5.1.1.3	Queixas Iniciais do Paciente	70
5.1.1.4	Resumo do Diagnóstico e Aspectos Trabalhados	72
5.1.1.5	Motivo do Encerramento	74
5.1.1.6	Vinculação Institucional do Terapeuta	75
5.1.1.7	Dados Socioeconômicos	75
5.1.1.8	Variáveis Clínicas	82
5.1.2	Segunda Fase da Coleta de Dados	83
5.2	ENTREVISTAS	85
5.2.1	Sobre o Abandono da Psicoterapia	86
5.2.1.1	Motivos do abandono da psicoterapia.....	86
5.2.1.2	Reação do terapeuta frente ao abandono da psicoterapia	94
5.2.1.3	Implicações institucionais	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
	REFERÊNCIAS	107
	APÊNDICES	129
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	130
	ANEXOS	123
	ANEXO A – Ficha de Desligamento dos Pacientes da Clínica Psicológica da UEL	124
	ANEXO B – Ficha de Triagem dos Pacientes da Clínica Psicológica da UEL	125
	ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP	127

1 APRESENTAÇÃO

A dissertação intitulada “O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de psicologia da UEL: contribuições psicanalíticas” foi fruto de uma investigação científica a respeito dos altos índices, nacionais e internacionais, de abandono da psicoterapia, principalmente nas instituições públicas de saúde, enfatizando-se os serviços-escola de Psicologia (SEP). A motivação para tal investigação nasceu das experiências práticas da pesquisadora: na graduação, enquanto estagiária de Psicologia no SEP da Universidade Estadual de Londrina (UEL), observou-se que recorrentes pacientes abandonavam a psicoterapia; no programa de residência multiprofissional em saúde da família, a mesma observação, ao ofertar o serviço de atendimento psicológico em três unidades básicas de saúde (UBS), no município de Londrina-PR; no exercício da clínica particular, no qual se vivenciaram abandonos da psicoterapia por pacientes que tomavam a decisão unilateral da interrupção do tratamento, e, na maioria das vezes, não comunicavam à terapeuta.

Em contato direto com o SEP da UEL, desde a graduação, finalizada em 2017, a pesquisadora teve acesso às pesquisas de iniciações científicas de colegas da graduação, que também investigavam o SEP, nas quais se apontavam índices de abandono da psicoterapia maiores que 60%, considerando pacientes infanto-juvenil e adultos. A problemática então se instaurou: há o contexto mundial no qual o adoecimento psíquico tem uma magnitude considerável e há um *locus* de atendimento público à saúde mental, que, mesmo diante dos entraves institucionais, faz-se peça importante na constituição da rede de atenção à saúde (Ortolan, Sei, & Victrio, 2018), ou seja, há uma demanda e há uma oferta. O que faz, então, as pessoas abandonarem o processo terapêutico?

Neste sentido, a presente pesquisa realizada no programa de mestrado debruçou-se em descrever, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual em 2017 a 2019 no SEP da UEL, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12^a sessão de terapia. A pesquisa

apresentada aqui tem uma importância científica, na medida em que há poucas pesquisas recentes sobre o abandono terapêutico (Cunha & Benetti, 2009). Fazer deste tema a pesquisa de mestrado foi uma proposta de caráter investigativo e com potencialidade para a construção de intervenções que abarcassem a problemática do grande número de desistentes na psicoterapia individual, entretanto que se instaura na clínica-escola escolhida para o estudo, assim como em outras clínicas-escolas relatadas em outros estudos (Duarte, 2019; Souza, Santos, & Vivian, 2014), caracterizando-se, assim, como um fenômeno mais abrangente, realçando sua importância de estudo.

Para além da importância científica deste estudo, esta pesquisa possibilitou refletir sobre a eficiência do serviço ofertado pelo SEP da UEL. Uma vez que esta investigação se propôs a descrever os motivos do abandono terapêutico, pôde-se contribuir para o desenvolvimento, qualidade e satisfação no âmbito das psicoterapias oferecidas, o que responde fundamentalmente à promoção de saúde à população (Russel & Orlinsky, 1996), compondo um dos pilares da Universidade Pública, as atividades de extensão. A universidade estar preocupada com a eficiência e qualidade do serviço que oferta está de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), por exemplo, uma vez que esta recomenda que, para contribuir efetivamente com a promoção de saúde mental dos usuários há a necessidade de se investir na produção de dados concretos sobre serviços existentes, além de avaliações contínuas e assim poder definir estratégias de melhoria e adequações (Catani, Salatino, Martins, Leou, & Aguiar, 2019). Os estudos de avaliação dos serviços ofertados, para além de almejar melhora na oferta para o usuário, almejam, também, a maior eficiência e agilidade no serviço. Por exemplo, uma das consequências de altos índices de abandono terapêutico em SEP são as solicitações de retorno de atendimento, necessitando que o paciente passe novamente por todo o processo, contribuindo para as longas filas de espera e entrevistas de triagens (Bernstein & Silva, 2014).

A subseção da fundamentação teórica desta pesquisa, intitulado “O abandono da psicoterapia individual: revisão sistemática da literatura” foi um material lapidado para a confecção de um artigo científico, com o mesmo título, que foi submetido para publicação no periódico Arquivos Brasileiros de Psicologia, aceito para a publicação, prevista para o primeiro semestre de 2022. Já a subseção intitulada “A clínica psicanalítica em serviços-escola de psicologia: psicanálise e instituição”, transformou-se em artigo que fora submetido ao periódico Tempo Psicanalítico, também aceito para publicação em 2022. As referências que dão sustentação básica ao racional da dissertação estão no escopo da Psicanálise. Majoritariamente, a Psicanálise francesa, mais especificamente a lacaniana, foi a que endossou as reflexões feitas ao longo da fundamentação teórica e da discussão dos dados. A aposta, então, desta pesquisa foi que, a partir dos resultados trazidos e analisados houvesse uma contribuição efetiva no SEP da UEL, podendo propiciar reflexões institucionais com o intuito de qualificar a oferta de serviços, principalmente com relação à oferta da clínica psicanalítica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A profissionalização da Psicologia, segundo Cury, Barbosa, Cardoso e Silva (2018), divide-se em três momentos. No primeiro momento, entre 1833 e 1890, criam-se as faculdades de Medicina no Rio de Janeiro e na Bahia – a Psicologia aqui não era prática regulamentada, mas os temas psicológicos, como o interesse pelo comportamento humano, já eram estudados.

No segundo momento, entre 1890 e 1975, abrange-se a institucionalização da prática psicológica até a regulamentação da profissão. Em 1946, institucionalizou-se a formação de psicólogo no Brasil, e em 1962 reconheceu-se por lei a profissão de psicólogo, estabelecendo-se normas de atuação profissional e currículo mínimo para a formação. Neste sentido, delimitaram-se os campos de atuação: clínica, escolar-educacional e organização do trabalho.

Já o terceiro momento da profissionalização da Psicologia inicia-se em 1975, com a profissão de psicólogo organizada e estabelecida – marcos se fizeram importantes neste período, tais como a criação do Conselho Federal de Psicologia, em 1971, e a oficialização do primeiro Código de Ética Profissional, em 1975 (reformulado em 1979 e posteriormente em 2005, mantendo-se vigente até o momento presente).

Juntamente com a criação da profissão de psicólogo em 1962, a Lei 4.119/62 regulamentou a existência de serviços clínicos, abertos ao público e gratuitos, dirigidos pelos cursos superiores em Psicologia, tendo como objetivo articular a formação educacional com o exercício da profissão. Institucionalizam-se as clínicas-escola em Psicologia, configurando-se como um ambiente associado à instituição de ensino, no qual se contempla a formação do aluno ao realizar a prática clínica, sob orientação de um professor supervisor, e o atendimento gratuito à população (Gauy & Fernandes, 2008).

É observável, assim, o lugar central na formação em Psicologia que as clínicas-escola ocupam, sendo *locus* de atividades práticas de estágio e supervisão, além de coordenação de estágios externos (CFP, 2013). Na literatura científica a respeito das clínicas-escola de

Psicologia, sinalizações são feitas sobre a necessidade de esses serviços avaliarem e repensarem suas formas de atendimento (Farias, Alves, & Oliveira, 2020). Autores como Justen et al. (2010) apontam que a formação em Psicologia deveria se adequar aos novos tempos e demandas sociais, principalmente às novas realidades brasileiras (Sassi & Maggi, 2007), repensando a ênfase na clínica, entendida por Prebianchi e Cury (2005) como demasiada.

Mesmo que nos últimos 20 anos tenha havido um aumento no interesse em pesquisas e estudos de caracterização da clientela e funcionamento das clínicas-escola, julgam-se pouco os estudos científicos sobre a temática (Oliveira et al., 2014). Considera-se que um dos maiores desafios enfrentados por tais serviços é o seu caráter híbrido: são instituições que prestam serviço à comunidade e concomitantemente prestam à formação discente (Fam & Neto, 2019). Considerando este caráter, Poelman, Bedran, Barroso e Lasmar (2009) afirmam que a clínica-escola não pode se reduzir a um local no qual os estudantes exercitam os métodos e técnicas aprendidas ao longo do curso, e nem se pode transformar em um centro de saúde à comunidade, acolhendo os excluídos pela rede de serviço do município e região.

A discussão curricular dos cursos de Psicologia é pertinente para pensar a caracterização das clínicas-escola. Seixas (2014) aponta para discrepâncias entre o discurso formativo, os currículos dos cursos e o que se apresenta na prática. Segundo o autor, os currículos tendem ainda a se focar em áreas clássicas da Psicologia e com uma formação conteudista; quanto à prática, ainda não é uma realidade dos cursos uma formação generalista e integradora de teoria e prática. Bastos e Gondim (2010) apontam para as mudanças lentas e graduais dos currículos dos cursos de graduação. A partir disto, alguns problemas relativos à formação em Psicologia são apontados pelos autores, como atuações de estágio em áreas que exigem práticas tradicionais, dificuldade de articulação entre as diversas abordagens e campos de trabalho da Psicologia, produção de conhecimentos pouco vinculados à realidade populacional, pequena e lenta incorporação de novos resultados de pesquisa ao ensino e de novas práticas.

De modo geral, o histórico de criação das clínicas-escola de Psicologia no Brasil pautou-se em modelos de clínica tradicional (Gomes & Dimenstein, 2016), com atuações liberais e privatizantes, além de ter como referência o paradigma biomédico, privilegiando-se intervenções curativas e distantes dos aspectos sociais envolvidos nos processos de saúde e doença (Moreira, Romagnoli, & Neves, 2007). Foi a partir do 12º Encontro de Clínicas-Escola do Estado de São Paulo, no ano de 2004, que se buscou implementar na concepção destes espaços uma multiplicidade de práticas, o que justificou a alteração nominal de clínicas-escola para serviços-escola (Batista, Carvalho, Franco, Alvarenga, & Laurino, 2019).

Os serviços-escola de Psicologia (SEP) passam a ter como principal missão fomentar o ensino por meio da assistência, e, mesmo com os entraves até aqui apresentados, a sua desafiadora condição híbrida se faz potente para a articulação entre teoria e prática (Fam & Neto, 2019), além de incorporar a função de fortalecer a investigação científica, mediante a pesquisa e a extensão (Sei et al., 2019). Os SEP são instituições que subsidiam variadas possibilidades de práticas e modalidades psicológicas e também de abordagens teóricas distintas (Santeiro, Rocha, & Araújo, 2013). São espaços que objetivam desenvolver intervenções que contemplem públicos diversos, além de contribuir para a investigação científica, gestão em saúde, prevenção e promoção em saúde, entre outros (Borsa et al., 2013).

A partir do entendimento de que os SEP prestam serviços à comunidade de forma gratuita – ou com pagamentos simbólicos; e ressaltando, principalmente, os SEP de universidades públicas – consequentemente subsidiadas pelas esferas federais e estaduais –, considera-se que estes serviços são atravessados, diretamente ou indiretamente, pelas políticas de saúde mental e de assistência social. Assim, a próxima seção agrega estes atravessamentos e implicações dos SEP na esfera pública.

2.1 O CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ESFERA PÚBLICA

O início do delineamento das políticas públicas de saúde mental no Brasil datou-se de 1852, com a criação do Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. Em 1903, houve a aprovação da lei dos alienados, que legitimou a autoridade da psiquiatria perante à loucura (Gonçalves & Goulart, 2016). Já em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, movimento marcado por intervenções em espaços sociais de caráter eugenista e higienista, caracterizando ações de Estado cada vez mais rigorosas (Fonte, 2012).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1934, por meio do Decreto nº 24.559/34, o primeiro aparato legal voltado às pessoas em sofrimento psíquico, dispõe-se sobre a assistência e proteção individual. Todavia essa legislação considerava como loucos os menores, os anormais, os toxicômanos e os sujeitos suspeitos incapazes de exercer seus atos da vida civil (Brasil, 1934).

Já em 1940 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais, com vinculação ao Ministério da Educação e Saúde e famosos asilos como o Juqueri, em São Paulo, e o Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro, que marcaram uma tentativa de ordenação de assistência psiquiátrica em modelo macro hospital (Fonte, 2012). Assim se mantiveram as políticas em saúde mental até o período do golpe militar, em 1964: “foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados” (Fonte, 2012, p. 9). Neste sentido, os cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico eram pautados em confinamento, maus tratos, hipermedicalização e submissão a procedimentos cirúrgicos mutiladores (Lima, 2016).

A Conferência de Alma-Ata, em 1978, intensificou as discussões a respeito das mudanças necessárias nas políticas nacionais de saúde. No Brasil, incorporaram-se prioritariamente os conceitos de integralidade, universalidade e equidade, os quais foram

defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária, consolidando e legitimando, em forma de lei, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Ribeiro, 2007). Paralelo ao movimento da Reforma Sanitária, discussões a respeito de políticas de saúde mental foram feitas a partir do processo, inclusive ainda em implementação, da Reforma Psiquiátrica: frente a uma política de cuidados asilares, com interferências fortes dos interesses financeiros e de mercado, os princípios da Reforma Psiquiátrica trouxeram a proposta de criação de uma rede de atenção psicossocial substitutiva a este modelo, na qual se priorizava a reintegração dos pacientes em sofrimento psíquico, assim como a manutenção de sua individualidade, estimulando o potencial de autonomia e liberdade (Ribeiro, 2007).

Em 2001, com a criação da Lei nº 10.216, de 6 de abril, legitimou-se um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, lei esta que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Há prerrogativas no cuidado, como a não discriminação de qualquer natureza, cuidado humanizado, tratamentos prioritariamente em serviços comunitários, livre acesso aos meios de comunicação, inclusão da família e da sociedade no tratamento do usuário, reorganização dos critérios de internações psiquiátricas, dentre outras regulamentações.

A partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a assistência em saúde para os cidadãos brasileiros passou a se organizar por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dentre as redes estabelecidas, encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Concretizaram-se, assim, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo o modelo hospitalocêntrico e manicomial (Carla et al., 2017).

A RAPS é composta por sete componentes, que circundam entre os três níveis de complexidade, sendo que cada um deles têm seus norteadores de trabalho e pontos de atenção

(Garcia & Reis, 2018). Dentre estes componentes, tem-se a Atenção Básica de Saúde (ABS), comportando os seguintes serviços e estratégias: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura (Garcia & Reis, 2018). Como a RAPS não se trata apenas ao nível da assistência básica, como dito anteriormente, os outros seis componentes das médias e altas complexidades são: Atenção Psicossocial (os CAPS), Atenção de Urgência e Emergência (UPAs e SAMU), Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar (leitos de psiquiatria em hospitais gerais, por exemplo), Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Garcia & Reis, 2018).

A partir desta retrospectiva sobre as políticas públicas em saúde mental, ressalta-se que os serviços-escola de Psicologia não estão formalmente inseridos na rede de atenção psicossocial, todavia, Santos e Mandelbaum (2016) apontam o quanto estes serviços integram-na, sendo um dispositivo institucional que recebe muitos encaminhamentos de transtornos leves e moderados, advindos principalmente da atenção primária à saúde. Sabe-se, então, do importante papel dos SEP como contribuinte para a rede de atenção psicossocial do município e região (Ortolan, Sei, & Victrio, 2018). Enfatiza-se, também, como estes serviços são afetados em suas demandas de atendimento, como, por exemplo, as filas exorbitantes dos SEP, principalmente em relação à oferta de psicoterapia individual. Filas estas que indicam os déficits de acesso e baixa oferta de atendimentos especializados da rede pública de saúde mental.

A pesquisa de Girão, Eloi e Bezerra (2020) a respeito do SEP do Centro Universitário Católica de Quixadá, no Ceará, indicou que o serviço-escola exerce um papel importante dentro da RAPS do município cearense e região, embora esteja inserido informalmente na rede. Importância esta que faz deste SEP, como observado pelos autores, um serviço de referência para os encaminhamentos advindos das redes psicossociais. A consideração dos autores a este

respeito é de que, como não é necessário ter um encaminhamento para o usuário ser atendido no SEP, os pacientes usaram este serviço como porta de entrada para os cuidados em saúde mental. Os dados da pesquisa dos autores apontam para esta consideração na medida em que em 25% dos prontuários pesquisados não havia sido feita a menção sobre a história prévia de cuidados e 11% dos pacientes já haviam estado no CAPS, todavia encaminhados ao SEP principalmente pelo fato de a psicoterapia individual não ser prática prioritária das diretrizes da rede de atenção psicossocial.

No caso do SEP da Universidade Estadual de Londrina (UEL), segundo Ortolan, Sei e Victrio (2018), contabilizou-se entre o ano de 2015 e início de 2016 um montante de mais de 350 pessoas na fila de espera, entre adultos, adolescentes e crianças, diante de uma capacidade aproximada de atendimento de 80 casos concomitantes. As longas filas de espera para a psicoterapia individual não são um problema apenas do SEP da UEL. Estudos como o de Aires e Kuratani (2019) também apresentam estes serviços com filas longas para o atendimento individual, o que demonstra que a espera por atendimento psicológico trata-se de um problema mais amplo dos serviços de saúde vinculado à grande demanda não suprida (Chammas, 2009).

2.2 O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Há outras dificuldades que permeiam os serviços-escola de Psicologia, além das longas filas para atendimento. Por exemplo, como apontado por Guerrelhas e Silveiras (2000), tem-se um grande número de desistências e abandonos do processo psicoterapêutico nos SEP. Estima-se que, de cada cinco pacientes que iniciam tratamento psicoterápico, um o interrompe antes de seu término (Swift & Greenberg, 2012). Em contexto brasileiro, os índices de interrupção da psicoterapia variam entre 38,21% e 49,5% (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2014). Especificamente nos SEP, a pesquisa de Lhullier, Nunes, & Horta (2006), na Universidade Federal de Pelotas, encontrou que 49,5% dos pacientes ali atendidos

abandonaram a psicoterapia. Em cenário internacional, o SEP da Universidade de Barcelona, estava com índice de abandono da psicoterapia individual em 43,8% (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007).

As definições de abandono e desistência do tratamento psicoterápico se diferenciam, como defendem Mantovani, Marturano e Silvaes (2010): desistência é a renúncia ao tratamento antes mesmo de ele começar, e abandono é a interrupção do tratamento já iniciado. Tendo em vista que é alta a taxa de evasão (quase metade dos pacientes, tanto no Brasil quanto no exterior), faz-se importante a investigação dos sentidos e motivações de tal fato, com o intuito de identificar aspectos que se correlacionem com o abandono psicoterápico.

Algumas variáveis que podem estar associadas à interrupção são as questões financeiras (Pelkonen, Marittunen, Laippala, & Lönnqvist, 2000), localização do serviço (Prebianchi, 2011), nível de escolaridade (Swift & Greenberg, 2012), abuso de substâncias químicas (Melo & Guimarães, 2005), incompatibilidade de horários entre paciente e terapeuta (Chilelli & Enéas, 2000), nível da motivação e das resistências para tratamento (Taylor, Abramowitz, & McKay, 2012), expectativas de resultados (Meyer et al., 2002), capacidade de *insight* (Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010), linguagem tecnicista do psicólogo (Cunha & Benetti, 2009), dificuldades na aliança terapêutica (Tryon & Kane, 1995) e insatisfação com o tratamento ou terapeuta (Bados, Balaguer, & Saldanã, 2007). Todavia, Vargas e Nunes (2003) ressaltam que a maioria dos pacientes que abandonam o processo terapêutico não apresenta razões ao terapeuta para tal fato.

Neste sentido, realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre o abandono da psicoterapia, na medida em que a revisão de literatura é uma metodologia de pesquisa que objetiva organizar, integrar e avaliar de maneira crítica a literatura científica produzida até

então sobre o tema de pesquisa (Hohendorff, 2014). Para identificar, localizar e obter as publicações sobre o tema, foram consultadas as bases de dados PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), SciELO (*Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Redalyc. Na consulta foram utilizados como termos de busca apenas palavras em português: desistência e psicoterapia; abandono e psicoterapia, aplicando-se o operador booleano AND.

O refinamento dos resultados encontrados foi feito por meio do *Mendeley Desktop* (Carvalho, Pianowski, & Santos, 2019), *software* de gestão de referências bibliográficas. Teve-se como critérios de inclusão: (a) artigos nos quais, pela leitura do título e do resumo, identificou-se o abandono da psicoterapia como foco do estudo, (b) artigos que tivessem disponibilidade de acesso na íntegra nas bases de dados. Já os critérios de exclusão foram: (a) estudos que não fossem no formato de artigo científico, tais como, editoriais, resenhas, monografias, dissertações e teses, (b) artigos nos quais o abandono da psicoterapia era foco do estudo, todavia não se tratava de psicoterapia individual de adultos, como por exemplo, artigos referentes à psicoterapia de casal e família, crianças, adolescentes e grupos, (c) artigos de revisão da literatura e (d) artigos que fossem escritos em línguas que não o português, o espanhol e o inglês.

A busca realizada em fevereiro de 2020 identificou um total de 1.857 estudos. Destes, para os descritores Abandono e Psicoterapia, foram encontrados estudos no PePSIC (10), SciELO (27), LILACS (114) e Redalyc (1.589). Para os descritores Desistência e Psicoterapia, foram encontrados estudos no PePSIC (3), SciELO (5), LILACS (30) e Redalyc (79). O processo de identificação, seleção, análise de elegibilidade a partir dos critérios estabelecidos e inclusão dos artigos selecionados para a pesquisa está resumido no fluxograma da Figura 1.

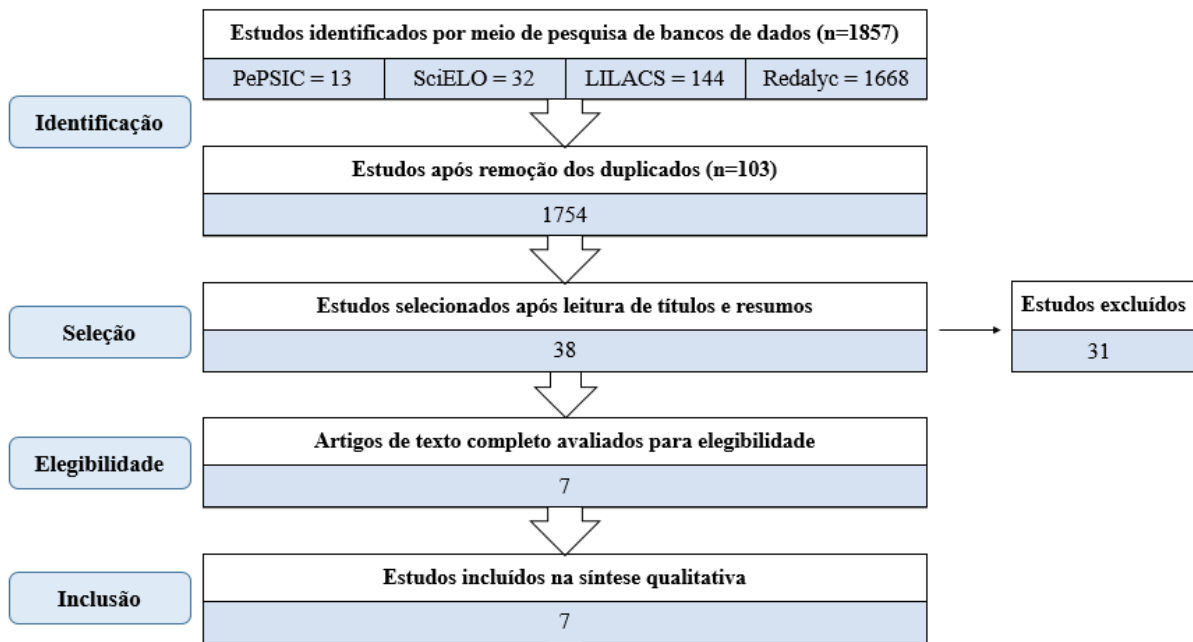


Figura 1 - Fluxograma com base nas recomendações do modelo PRISMA.

Ainda na fase de identificação dos estudos, com o montante de 1.857 estudos, foram removidos 103 estudos por estarem duplicados, totalizando 1.754 estudos. Na fase de seleção, dotando-se dos critérios de inclusão, 38 artigos foram selecionados. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 31 foram excluídos, totalizando sete artigos, os quais foram avaliados pelos critérios de elegibilidade, sem nenhuma exclusão, compondo, assim, sete para a síntese qualitativa.

Os artigos selecionados para análise estão apresentados na Tabela 1, contendo o título do artigo, a revista e data de publicação e o local de realização do estudo. Em ordem decrescente de data de publicação, seguem-se os sete artigos inseridos, apresentando seus objetivos, o delineamento de pesquisa, a amostra de cada estudo e os principais resultados encontrados.

Título	Revista	Ano de Publicação	Local do estudo
Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia.	Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades	2018	Não mencionado
Estudio epidemiológico de salud mental em población clínica de um centro de atención psicológica.	Psychologia: avances de la disciplina	2017	Bogotá-CO
Desistência e Conclusão em Psicoterapia Psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil.	Revista Brasileira de Psicoterapia	2015	Porto Alegre-RS
Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental.	Psicologia Argumento	2013	Porto Alegre-RS
Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica.	International Journal of Psychological Research	2009	Tunja-CO
Expectativas, percepção del paciente hacia su Terapeuta y razones para asistir a dos o mas sesiones.	Revista de Salud Mental	2007	Não mencionado
El abandono en las terapias psicológicas.	Aposta: Revista de Ciencias Sociales	2005	Não mencionado

Tabela 1.

Caracterização dos artigos sobre abandono da psicoterapia recuperados das bases de dados.

Fonte: Autor.

O estudo de Manubens, Roussos, Ryberg e Penedo (2018) objetivou investigar os processos de ruptura da aliança terapêutica e sua relação com as mudanças no processo psicoterápico e o abandono precoce da psicoterapia. Para isto, utilizaram um delineamento naturalístico, com uma amostra de 15 participantes, entre 18 e 65 anos, dos quais cinco

abandonaram a psicoterapia, cinco estavam em psicoterapia e apresentavam melhoras e cinco estavam em psicoterapia, mas não apresentavam melhoras. Os autores entenderam que não há uma correlação significativa entre as rupturas da aliança terapêutica e o abandono da psicoterapia, todavia alertam para as limitações do estudo (amostra pequena, peculiaridade do contexto analisado, dentre outros), recomendando outras pesquisas para corroborar o dado.

A despeito de Manubens et al. (2018) não terem encontrado a correlação entre ruptura da aliança terapêutica e abandono da psicoterapia, os autores, a partir dos dados, conseguiram encontrar algumas evidências a respeito do abandono da psicoterapia, indicando ser possível que os pacientes desistentes tenham assim feito por uma falta de conexão ao modelo de avaliação estruturado da primeira sessão. Ou seja, esses pacientes chegam à psicoterapia buscando outro tipo de atitude do terapeuta, principalmente na primeira sessão, não tão centrada em coletar informação, mas em escutar e se empatizar com o paciente. A partir do momento que isto não ocorreu, houve o abandono unilateral.

Já a pesquisa de Posada, Porras, Cano e Mateus (2017) teve como objetivo descrever as variáveis sociodemográficas e de tratamento, as principais categorias diagnósticas e prevalência de transtornos mentais na população atendida por um centro de Psicologia em Bogotá-CO. Adotaram um delineamento descritivo transversal com a análise de 1.699 prontuários, sendo que 23% destes eram de pacientes que abandonaram a psicoterapia. Os resultados encontrados foram: são realizados mais atendimentos infantis, com queixas relacionadas à educação e conduta. Já na população adulta, a prevalência de queixas refere-se a problemas familiares e ansiedade. Em relação às variáveis do processo terapêutico, foram analisados os casos de abandono da psicoterapia e se identificaram os seguintes aspectos relacionados ao fenômeno: falta de recursos econômicos, falta de motivação para o tratamento, uma rede de apoio ineficaz e melhora durante o tratamento, no qual os pacientes ou identificaram mudanças iniciais e por isto abandonam, pois sentiam que já haviam alcançado o objetivo, ou não identificaram

mudanças imediatas, fazendo com que os pacientes se sentissem desmotivados e abandonassem o tratamento.

Na pesquisa de Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2015), o delineamento escolhido foi o naturalístico com metodologia qualitativa exploratória, compondo a amostra com 10 mulheres adultas, das quais cinco haviam abandonado a psicoterapia e cinco já haviam concluído seus processos psicoterápicos. Objetivaram entender os fatores associados com o término unilateral (abandono) e a conclusão da psicoterapia em uma clínica comunitária ligada a um curso de pós-graduação em clínica psicanalítica em Porto Alegre-RS. Os autores concluíram que a natureza dos objetivos e expectativas com a psicoterapia (mais amplo vs. focal), menor resistência à mudança, satisfação com tratamentos anteriores, níveis mais elevados de *insight* e preponderância de transferência positiva sobre a negativa são fatores associados com a conclusão em tratamento psicanalítico. Já experiências negativas com psicoterapias prévias, resistência, baixa capacidade de *insight* e discrepâncias entre psicoterapeutas e pacientes sobre objetivos e expectativas do tratamento podem favorecer a desistência.

No caso do estudo de Pureza, Oliveira e Andretta (2013), buscou-se analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e diagnósticas dos pacientes e o abandono da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em uma clínica-escola de Porto Alegre-RS, com a escolha do levantamento retrospectivo e quantitativo como delineamento e uma amostra de 63 participantes, de 12 a 70 anos, dos quais 29 haviam abandonado a psicoterapia e 34 ainda estavam no curso do processo psicoterápico. Os autores concluíram que idade, renda média, presença de diagnóstico primário e secundário, uso de medicação primária e secundária e tratamentos psicológicos anteriores não foram variáveis que apresentaram significância estatística com o abandono da psicoterapia.

Já em relação às características do atendimento clínico, Pureza, Oliveira e Andretta (2013) identificaram que houve diferenças significativas entre pacientes desistentes e

concluintes da psicoterapia: os pacientes que permaneceram em tratamento apresentaram um número significativamente maior de sessões (média de 19 sessões) do que os que abandonaram o tratamento (média de 8,79 sessões), mas não diferiram com relação ao número de faltas ou de dias na lista de espera. Os autores identificaram duas hipóteses para o abandono terapêutico dos pacientes estudados: a dificuldade no estabelecimento da relação terapêutica no início do tratamento e a realização de uma avaliação errônea ou incompleta do paciente, derivada da falta de experiência dos terapeutas que, por serem estagiários, podem ter tido dificuldades de compreender o funcionamento do paciente, mesmo sendo supervisionados.

O estudo de Benítez, Bastidas e Camargo (2009) se propôs a conhecer e analisar as características gerais associadas ao abandono da psicoterapia por pacientes em um Centro de Estudos e Atenção Psicológica, vinculado à Universidade Pedagógica e Tecnológica de Colômbia (UPTC). A amostra do estudo foi composta pelos 74 pacientes ali atendidos no segundo semestre de 2008, com idade de quatro a 45 anos, sendo que dentre estes, 44% abandonaram a psicoterapia. O delineamento utilizado no estudo foi exploratório, mediante entrevista telefônica. Os autores concluíram que os motivos de consulta estão relacionados com problemas acadêmicos, seguidos por problemas de adaptação social e que 55% dos casos de abandono da psicoterapia ocorrem na fase de avaliação do paciente (nas três primeiras sessões). Na pesquisa dos autores, os pacientes apresentaram de uma a três razões para o abandono, sendo categorizadas em variáveis relacionadas com o paciente (31%), com a psicoterapia ou com o terapeuta (29%), variáveis ambientais (36%) e outros (4%).

Dentre as variáveis relacionadas ao paciente, Benítez, Bastidas e Camargo (2009) identificaram relação entre o diagnóstico inicial do paciente e o abandono da psicoterapia. Diagnósticos envolvendo consumo de substâncias psicoativas, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), traços paranoides da personalidade e agressão escolar apresentam maior propensão ao abandono do tratamento. Sobre as variáveis da psicoterapia ou

com o terapeuta, os pacientes que abandonam a psicoterapia manifestam uma sensação de melhora, diminuição de sintomas e bem-estar subjetivo como consequência da terapia, fatores estes que contribuíram para decidir pelo abandono do processo sem combiná-lo com o terapeuta. Nestes casos, os pacientes manifestam também uma diminuição da percepção de importância do processo e a capacidade de superar o problema sozinho deste ponto em diante. Com relação às variáveis ambientais que se relacionam com o abandono da psicoterapia, foram elencadas: mudança inesperada de residência do paciente, mudanças de atividade após a virada do ano (trabalho, estudo, entre outros) e mudança de terapeuta.

Com relação à pesquisa de Olán (2007), a amostra do estudo foi composta por 39 participantes (em sua maioria mulheres, de 20 a 63 anos) que haviam feito pelo menos uma sessão de psicoterapia. Almejou-se comparar as expectativas e percepções de pacientes que compareceram a apenas uma sessão de psicoterapia e pacientes que deram continuidade ao processo, por meio de um delineamento de pesquisa exploratória com uso de entrevistas semiestruturadas. O autor concluiu que as razões pelas quais os pacientes não davam continuidade à psicoterapia se concentravam com maior frequência em variáveis da relação paciente-terapeuta, como por exemplo não ter sido agradável a sessão e o terapeuta não o ter escutado.

E por fim, tem-se o artigo de Medina (2005), uma pesquisa teórica a respeito do abandono da psicoterapia, enfatizando na natureza do fenômeno, no seu uso como preditor de sucesso terapêutico e na conveniência ou não de tentar reduzir ou diminuir esse fenômeno. O autor concluiu que o processo terapêutico que segue o modelo sintomas-diagnóstico-tratamento possui uma série de características que o tornam extremamente facilitador do abandono psicoterapêutico.

É interessante que o autor traz uma reflexão a respeito do emparelhamento que se faz sobre abandono terapêutico e fracasso da psicoterapia, entendendo-se que esta associação se

mostra pertinente considerando as possíveis conceituações que se fazem sobre abandono da psicoterapia. Neste sentido, podem existir desistências da psicoterapia que não indiquem fracassos, na medida em que o paciente pode abandonar o tratamento, pois já alcançou os objetivos terapêuticos mais importantes, indicando a interrupção da psicoterapia como um sinal de melhora (Medina, 2005).

A partir do que se encontrou nos resultados dos artigos referidos, a fim de analisá-los nesta revisão bibliográfica, condensam-se na Tabela 2 a referência dos estudos e as variáveis encontradas relacionadas ao abandono da psicoterapia em cada artigo.

Tabela 2.

Caracterização das variáveis relacionadas ao abandono da psicoterapia resultantes das pesquisas recuperadas das bases de dados.

Referência	Variáveis relacionadas ao abandono em psicoterapia
Manubens, Roussos, Ryberg, & Penedo (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Quebra de expectativa nas primeiras sessões: o paciente queria ser ouvido e se simpatizado com o terapeuta, mas este estava preocupado em coletar informações.
Posada, Porras, Cano, & Mateus (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos financeiros. • Falta de motivação. • Rede de apoio ineficaz. • O paciente identifica mudanças iniciais e por isto abandonam, pois sentem que já alcançaram o objetivo. • Não identificação de mudanças imediatas, fazendo com que os pacientes se sintam desmotivados e abandonem o tratamento.
Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos OK e expectativas OK mais focalizados. • Menor disponibilidade para mudar. • Menos <i>insight</i>. • Percepção negativa de tratamentos anteriores. • Manifestações de transferência negativa e resistência.
Pureza, Oliveira, & Andretta (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Falha na boa relação terapêutica. • Uso de hipóteses terapêuticas equivocadas.
Benítez, Bastidas, & Camargo (2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticas de consumo de substâncias psicoativas, TDAH, traços paranoides da personalidade e agressão escolar. • Diminuição da percepção da importância do tratamento. • Sensação de melhora e bem-estar subjetivo e diminuição de sintomas. • Mudanças ambientais e institucionais.
Olán (2007)	<ul style="list-style-type: none"> • Menores expectativas em relação ao atendimento. • Entendimento de que o terapeuta não o escutou de verdade. • Percepção de características negativas no terapeuta (impontualidade, pouco amável, autoritário e inexperiente).
Medina (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • O processo terapêutico seguir o curso sintomas-diagnóstico-tratamento (modelo biologicista).

Fonte: Autor.

Percebeu-se, por meio das análises dos artigos inclusos na revisão, que o abandono da psicoterapia é um fenômeno que recebe investigações não só no Brasil e sem restrições quanto às abordagens teóricas que embasaram a psicoterapia. A fim de discutir os

achados na literatura, a partir das variáveis relacionadas com o abandono da psicoterapia encontradas em cada estudo, foram categorizadas sete unidades temáticas de análise: a) Expectativas do paciente, b) Objetivos do paciente com a psicoterapia, c) Disponibilidade subjetiva do paciente para a psicoterapia, d) Relação do paciente com o terapeuta, e) Técnicas e hipóteses terapêuticas, f) Diagnósticos específicos, g) Variáveis ambientais. A partir disto, cada uma delas será apresentada e discutida a partir dos estudos incluídos na revisão.

2.2.1 Expectativas do Paciente com a Psicoterapia

Entende-se que as expectativas do paciente em relação à psicoterapia e ao terapeuta que lhe atenderá constituem uma variável para o abandono da psicoterapia. Foram identificadas menções a esta variável nos estudos de Manubens, Roussos, Ryberg e Penedo (2018), Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik (2015) e Olán (2007).

A quebra de expectativas do paciente nas primeiras sessões em relação ao terapeuta que lhe atende é uma variável para o abandono da psicoterapia (Manubens et al., 2018). Neste sentido, os pacientes esperavam que o terapeuta os ouvisse e entendesse, além de esperarem que se simpatizassem com o profissional; uma vez que isto não ocorreu na primeira sessão, os pacientes tiveram uma propensão a não dar continuidade à psicoterapia. Os pacientes desistentes, na pesquisa de Manubens et al. (2018), relataram que o terapeuta estava mais preocupado em coletar informações e não se sentiram, de fato, ouvidos.

A expectativa de se sentir ouvido pelo terapeuta também foi encontrada na pesquisa de Olán (2007). O autor considerou que uma das variáveis associadas ao abandono da psicoterapia é o fato de os pacientes não se sentirem ouvidos. Também foi concluído nesse estudo que pacientes com menores expectativas em relação à psicoterapia têm mais propensão a abandonarem-na. As expectativas com relação à psicoterapia também se configuram como variáveis de abandono apontadas por Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2015): pacientes com

objetivos mais focalizados tendem a abandonar a psicoterapia. Os autores concluem que não só as expectativas com o tratamento atual se mostram como uma variável, mas também as experiências do paciente com tratamentos anteriores, compondo as expectativas atuais.

2.2.2 Objetivos do Paciente com a Psicoterapia

O objetivo que o paciente tem ao procurar a psicoterapia é uma variável relacionada com o abandono da psicoterapia, conforme os estudos de Posada, Porras, Cano e Mateus (2017), Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2015) e Benítez, Bastidas e Camargo (2009). Assim como expectativas mais específicas, o objetivo mais focalizado com a psicoterapia também predispõe o paciente a abandoná-la (Jung et al., 2015). Os pacientes que, ao longo da psicoterapia, identificam que seus objetivos estão sendo cumpridos, por meio de sinais iniciais de melhora, tendem a abandonar a psicoterapia, assim como aqueles que, não identificando estes sinais no início da psicoterapia, também a abandonam, pois se sentem desmotivados com os seus objetivos não cumpridos (Posada, Porras, Cano, & Mateus, 2017).

Os sinais iniciais de melhora, caracterizados na pesquisa de Benítez, Bastidas e Camargo (2009) como sensação de bem-estar subjetivo e diminuição de sintomas, além de serem interpretados pelos pacientes como objetivo alcançado e, por isto, então, levá-los a abandonarem a psicoterapia, também contribuem para que, segundo os autores, haja uma diminuição da percepção do paciente a respeito da importância da psicoterapia, acarretando no abandono da mesma.

2.2.3 Disponibilidade Subjetiva do Paciente para a Psicoterapia

Os artigos (Posada, Porras, Cano, & Mateus, 2017; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015) indicam que pacientes com menor disponibilidade subjetiva para o processo psicoterápico podem abandonar o tratamento. A falta de motivação para o tratamento é uma

destas indisponibilidades que se relaciona com o abandono da psicoterapia (Posada et al., 2017), assim como a menor disponibilidade do paciente em mudar (Jung et al., 2015).

Foram englobadas nesta categoria outros elementos encontrados por Jung et al. (2015) que se relacionam com a disposição subjetiva ou não do paciente para um processo psicoterápico e que estão ligadas ao abandono do tratamento. Por se tratar de uma pesquisa psicanalítica, os autores elencam elementos mais comuns à psicanálise, tais como: *insight* e resistência.

Os autores observaram que pacientes desistentes da psicoterapia apresentavam menor capacidade de *insight*, conceituado pelos autores como “o reconhecimento da existência de problemas emocionais para os quais se podem buscar soluções, o reconhecimento de que o próprio self está envolvido no problema e a habilidade de estabelecer relações entre eventos presentes e passados” (Jung et al., 2015, p. 32). Os autores no artigo não conceituaram o termo resistência, mas ponderaram que “a resistência faz parte de todo o processo da psicoterapia e a ‘acompanha passo a passo’. No entanto, os pacientes podem ser mais ou menos resistentes ao processo da psicoterapia” (Jung et al., 2015, p. 35) e explicaram o termo com as falas dos participantes, como por exemplo: “‘Bem, na verdade, eu não queria vir. Eu estava muito relutante... mas vim. Ontem eu cheguei a pensar em ligar para desmarcar, mas não deu, eu tinha que vir’ (D1)” (Jung et al., 2015, p. 32-33).

2.2.4 Relação do Paciente com o Terapeuta

Uma falha na boa relação do paciente com o terapeuta é uma variável relacionada com o abandono da psicoterapia (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015; Pureza, Oliveira, & Andretta, 2013; Olán, 2007). A fim de explicar a diferença significativa entre o número de sessões entre os pacientes que permaneceram em tratamento e os que o abandonaram, Pureza et al. (2013), corroborados por outras literaturas apresentadas por eles, entendem que a maioria

dos pacientes que abandonam a TCC faz isto nas primeiras sessões devido ao não estabelecimento de uma boa relação terapêutica.

A relação com o terapeuta pode ser afetada pela percepção do paciente quanto a características negativas no profissional, tais como a impontualidade, pouca amabilidade, autoritarismo e inexperiência, elementos relatados pelos participantes da pesquisa de Olán (2007), predispondo que o paciente abandone a psicoterapia. Outro elemento que interfere na relação do paciente com o terapeuta, podendo acarretar no abandono da psicoterapia são as transferências negativas precoces (Jung et al., 2015). Também um termo da psicanálise, o qual o autor não conceitua no artigo, mas exemplifica com fala dos participantes, tais como: “Será que você vai conseguir me entender?” (C8)” (p. 34).

2.2.5 Técnicas e Hipóteses Terapêuticas

As técnicas de trabalho e as hipóteses terapêuticas e diagnósticas empregadas pelo profissional são uma variável para o abandono da psicoterapia, como apresentam Pureza, Oliveira e Andretta (2013) e Medina (2005). As respostas pobres ou tardias no tratamento da TCC, além do abandono propriamente dito podem indicar que o terapeuta está trabalhando com hipóteses equivocadas, erro este que provavelmente diz sobre uma falha no processo de avaliação do paciente pelo terapeuta (Pureza et al., 2013).

O emprego de determinadas técnicas, hipóteses terapêuticas e diagnósticas e estilos de trabalho influenciam no fenômeno do abandono da psicoterapia, na medida em que isto baliza a posição do paciente frente ao seu tratamento. Isto é observado por Medina (2005) em relação às terapêuticas que seguem um modelo biologicista, ou seja, um curso de trabalho sintomas-diagnóstico-tratamento, no qual é atribuído um papel passivo do paciente em sua própria cura.

2.2.6 Diagnósticos Específicos

Apenas uma pesquisa (Benítez, Bastidas, & Camargo, 2009) encontrou relação entre diagnósticos específicos e o abandono da psicoterapia. O estudo atribuiu quatro categorias de variáveis a respeito do abandono da psicoterapia, uma delas é em relação ao paciente, a segunda com maior frequência (31%). Dentre estas variáveis, encontrou-se relação entre o abandono terapêutico e o diagnóstico ou motivo de consulta em 23% dos casos. O estudo concluiu que há relação entre pacientes com diagnósticos como consumo de substâncias psicoativas, TDAH, traços paranoides da personalidade e agressão escolar e seus abandonos da psicoterapia.

2.2.7 Variáveis Ambientais

Há relação entre o abandono da psicoterapia com outros fatores que não aqueles diretamente relacionados ao processo psicoterápico e algum dos componentes da díade paciente-terapeuta. A categoria “variáveis ambientais” engloba estes elementos, encontrados nas pesquisas de Posada, Porras, Cano e Mateus (2017) e Benítez, Bastidas e Camargo (2009).

Ao analisar as variáveis contextuais para o abandono da psicoterapia, os pacientes desistentes relataram: percepções de ineficácia nos processos da instituição que ofertava o atendimento psicológico, inconvenientes de trabalho ou estudo que impossibilitaram a continuidade do tratamento e inconvenientes econômicos (Benítez, Bastidas, & Camargo, 2009). A falta de recursos financeiros também foi uma variável ambiental encontrada na pesquisa de Posada et al. (2017), juntamente com uma rede de apoio ao paciente ineficaz, ambas com relação ao abandono destes pacientes da psicoterapia.

A análise das produções por meio das categorias delineadas demonstrou que há um interesse da Psicologia pela temática, não só no Brasil, sobretudo nos últimos 10 anos. Todavia, se apresenta como um interesse ainda tímido frente à dimensão do fenômeno do abandono da psicoterapia. A partir da revisão aqui feita evidenciou-se que as variáveis relacionadas ao

paciente, tais como suas expectativas em relação à psicoterapia, seus objetivos ao procurar o atendimento, e sua disponibilidade subjetiva para um processo de mudança são variáveis com forte impacto no abandono da psicoterapia. Estudos que se foquem nestas respectivas variáveis são importantes para o aprimoramento da oferta de psicoterapia individual nos serviços que a isto se prestem, avaliando a qualidade, a efetividade e o acesso às psicoterapias.

2.3 A CLÍNICA PSICANALÍTICA EM SERVIÇOS-ESCOLA DE PSICOLOGIA: PSICANÁLISE E INSTITUIÇÃO

A partir das considerações até aqui expostas e entendendo que a psicoterapia é uma das ofertas de atenção à saúde mental realizadas nos SEP, indaga-se sobre a prática da clínica neste espaço, principalmente a clínica psicanalítica. Tendo em vista a configuração institucional do curso de Psicologia da UEL, dividido em três departamentos – Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC), Departamento de Psicologia e Psicanálise (PEP) e Departamento de Psicologia Social e Institucional (PSI) –, o estágio supervisionado em clínica, ofertado no quarto e quinto ano da graduação, é dividido, de modo geral, em duas linhas teóricas: psicanálise e análise do comportamento. A pluralidade das ramificações teóricas dentro destas duas linhas se faz a partir da ênfase de cada docente supervisor.

Neste trabalho, escolheu-se a psicanálise como viés teórico e metodológico, principalmente pela afinidade da pesquisadora e sua orientadora com a abordagem psicanalítica. Não se pretende aqui fazer a defesa de uma ou outra vertente psicanalítica, muito menos um comparativo com as psicoterapias comportamentais. Escolhe-se um caminho teórico psicanalítico em seu caráter de disciplina, agregando contribuições de diversos autores da psicanálise, na medida em que a intenção é, em algum grau, a análise da oferta do serviço de atendimento clínico em uma instituição de caráter híbrido (o serviço-

escola enquanto uma instituição educacional, mas também de saúde), e, a partir disto, trilhar os denominadores em comum dos pensadores da psicanálise em relação às instituições que ofertam uma clínica psicanalítica, principalmente os SEP. Ressalta-se que nas universidades brasileiras, de modo geral, a psicanálise, na graduação, está atrelada ao curso de Psicologia. Entretanto, em exemplos educacionais como na França, tem-se uma realidade diferente, na qual os departamentos de Psicanálise são independentes dos da Psicologia, mas curiosamente não mantêm um serviço-escola (Santos & Ferrari, 2016).

A Psicanálise para ser apreendida deve ser estudada em, no mínimo, três campos: como uma teoria, uma técnica e uma metodologia. Isto já foi indicado por Freud (1923/1969a) quando define a Psicanálise em três vertentes: 1) disciplina - enquanto uma coleção de informações, 2) procedimento - para se investigarem processos mentais aparentemente inacessíveis ao aparato médico científico, e 3) método - para tratamento de distúrbios neuróticos. Entende-se ser pertinente para a construção deste artigo perpassar brevemente por estas três esferas.

A teoria psicanalítica nasce de uma importante transgressão epistemo-paradigmática do saber científico hegemônico (Gomes & Reis, 2019). O percurso freudiano para a postulação de sua teoria a respeito da existência e insistência do inconsciente se inicia em meados de 1880 com os estudos sobre a hipnose e sobre a histeria. De modo geral, as pedras angulares da Psicanálise enquanto teoria são os processos mentais inconscientes, a teoria da resistência e repressão, a importância da sexualidade, principalmente na etiologia das neuroses, e o complexo de Édipo (Freud, 1923/1969a).

O desenvolvimento da técnica psicanalítica pôde legitimar a Psicanálise também como um procedimento investigativo e um método de tratamento, na medida em que Freud (1923/1969a) foi refinando a sua técnica de acesso ao inconsciente, desde as sessões de hipnose, a catarse e até a associação livre. Tem-se, neste momento, a fundação do método

psicanalítico, configurando-se como um método de interpretação do material onírico, sintomático e discursivo que esclarece as fantasias do inconsciente, que nada mais são do que a realidade psíquica do sujeito (Marinotti, 2016).

A apreensão da Psicanálise por estes três intrínsecos campos abre caminho para uma gama de possibilidades de teorias, a exemplo da era das escolas pós-freudianas e o segregacionismo acarretado por elas (Figueiredo, 2009) e, principalmente, de procedimentos investigativos e métodos de tratamentos, não em sua essencialidade em si, mas na aplicabilidade de contextos. Há autores (Santos & Ferrari, 2016) que consideram que o ano de 1992 foi o momento histórico internacional no qual o trabalho dos psicanalistas nas instituições foi enfatizado, a partir da fundação da Associação Mundial de Psicanálise (AMP), de orientação lacaniana. Miller (2006) ressalta que o psicanalista, onde ele estivesse, funcionaria como aquele que dá subsídio à conexão do sujeito com o seu inconsciente.

Neste sentido, entende-se que o trabalho de um psicanalista, aquele que pratica a técnica e exerce a ética da Psicanálise¹, é possível de ser realizado em todo lugar, se, neste lugar, a pessoa puder expressar suas questões emocionais (Fernandes, 2017). Tem-se exemplos atuais importantes dessa *Psicanálise em todo lugar*, um deles é a experiência da Psicanálise na Rua. Entendendo a relevância científica e social do tema, a revista mexicana *Teoría y Crítica de la Psicología*, em seu volume 12 do ano de 2019, dedicou uma seção sobre a experiência brasileira da Psicanálise na Rua, com contribuições importantes principalmente de Guimarães e Jardim (2019), Marino e Neto (2019) e Pinto (2019), articulando inclusive a Psicanálise com a dimensão política.

¹ A respeito da ética em Psicanálise, esta abre um projeto novo, que não se dedica a refletir os ideais, o bem e as formas de alcance desses, mas enfatiza uma cura que não se orienta no sentido e sim no sem sentido. Enfatiza-se também com este termo a não separação da ética com ideologia, evidenciando a dimensão política da Psicanálise. Para um maior aprofundamento sobre a ética da Psicanálise, sugere-se a leitura do volume 5 da Revista eletrônica da FAPOL Federação Americana de Psicanálise da Orientação Lacaniana, de 2015, dedicada a retomar o seminário sete de Jacques Lacan sobre a Ética na Psicanálise.

A dimensão política do exercício da Psicanálise fora do contexto tradicional diz de uma responsabilidade social na qual os psicanalistas são convocados a responder a partir do desenvolvimento de práticas de inclusão do pensamento psicanalítico para além do espaço privado (Fernandes, 2017). Percebe-se a pertinência deste movimento quando importantes instituições psicanalíticas no âmbito internacional e nacional se manifestam em defesa da expansão da Psicanálise: a Associação Psicanalítica Internacional (IPA), em 2002, com a proposta *Outrech* (Mattos, et al., 2016) e a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP), com a instituição do projeto Psicanálise a Céu Aberto (Khoury & Netto, 2016). Citam-se igualmente a Federação Psicanalítica da América Latina (FEPAL) e a Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPSI) que também entendem a importância da extensão da Psicanálise fomentando levantamentos e pesquisas sobre os psicanalistas que trabalham em instituições nas diversas regiões da América Latina (Fernandes, 2017).

Neste sentido, refletir sobre a Psicanálise nas instituições também se faz pertinente. A Psicanálise nas instituições é um contexto possível de inserção da disciplina, do procedimento e do método psicanalítico. Esta inserção requer uma constante e potente reinvenção, como pontua Figueiredo (2009, p. 14): “as novidades na forma de teorizar e praticar psicanálise respondem em grande medida aos novos limites, externos e internos, para a chamada ‘clínica padrão’”. No momento em que a Psicanálise sai do *setting* ortodoxo dos consultórios particulares, migra e se ramifica nas ruas e instituições, algumas nomenclaturas a fim de diferenciações contextuais e metodológicas se fazem pertinentes. Não há um consenso tão claro entre a comunidade psicanalítica a respeito destas distinções nominais (Aires, 2019). A partir disto, nesta pesquisa são apresentadas brevemente quatro nomenclaturas: Psicanálise Aplicada, Psicanálise Extramuros, Clínica-extensa e Psicanálise Implicada.

De maneira geral, todos os termos dizem sobre a aplicabilidade do método psicanalítico fora do contexto clínico tradicional. Segundo Mezan (1985), Freud nunca chegou a conceituar em suas obras o termo Psicanálise Aplicada, todavia esta prática sempre esteve presente em seus trabalhos na medida em que se utilizava do método psicanalítico para analisar a arte, a cultura e a sociedade. O que Mezan (1985) enfatiza é que Freud (1900/1969b; 1907/2015) indica seu almejo de que a Psicanálise fosse uma ciência que conseguisse ir além do consultório tradicional. Mais diretamente, Freud (1919/1996a), em nome do progresso da terapia analítica, propõe esta ampliação da psicanálise inclusive para os serviços públicos, justificando que “a neurose pode ser tão incapacitante quanto uma tuberculose” (p. 210).

Têm-se atualmente como referências dois analistas pós-freudianos que conceituam a prática psicanalítica fora do contexto tradicional: Jean Laplanche (1987) e Fabio Herrmann (2001), sendo que o primeiro opta pelo termo Psicanálise Extramuros, e o segundo pelo termo Clínica-extensa. O que é consenso entre os autores é que ambas as nomenclaturas dão ênfase ao caráter investigativo da Psicanálise e a operação em ambos do método psicanalítico. Os autores concordam que o termo Psicanálise Aplicada pode acarretar alguns equívocos, por exemplo entender a Psicanálise como um conhecimento pronto, estático e, então, aplicado a um outro campo. Mezan (1988) reforça a crítica ao termo, entendendo que esta é uma nomenclatura que pode desconsiderar a implicação do método psicanalítico como procedimento de valor heurístico, na medida em que a "análise não é a aplicação de um conhecimento, mas invenção de um saber" (p. 329).

Apresentadas as críticas em relação à nomenclatura Psicanálise Aplicada, é importante, antes de se avançar nas outras definições, entender a criação e o uso desse termo. Mesmo sendo entendido, mais tarde, que se trata de um nome que traz consigo margem para equívocos, a criação dele tinha como objetivo principal exatamente dar resposta às confusões, tanto de ordem

teórica quanto prática (Miller, 2001). Em 1964, na Escola Francesa de Psicanálise, Lacan (1968/2003a) traçou a distinção entre Psicanálise Aplicada e Psicanálise Pura, sendo que ambas estavam situadas na proposta lacaniana de formação do analista e da causa analítica (Cruz & Ferrari, 2011). As duas se guiavam pelo imperativo ético da psicanálise em se manter crítica e denunciante dos desvios e concessões que pudessem frear o progresso da psicanálise ou degradá-la, desvirtuá-la (Lacan, 1968/2003a).

Foi nos estudos finais de Lacan que ele pôde perceber a distância que separa a psicanálise da psicoterapia, o que faria, conseqüentemente, um apagamento da diferença entre Psicanálise Pura e Psicanálise Aplicada à Terapêutica, tornando esta distinção quase irrelevante (Miller, 2001). Todavia, reconhece-se que a expressão do termo continua sendo amplamente utilizada, a princípio com uma função prática, mas também fecunda didaticamente. Principalmente se for possível compreender que não se trata, necessariamente, de servir de simulacro da prática exercida na clínica tradicional para, então, ser exercida nas instituições, e nem se trata de uma prática corrompida em sua pureza vital (Cruz & Ferrari, 2011).

Em relação à Psicanálise Implicada, também não é consenso o uso e definição do termo. A referência utilizada aqui para tal conceituação é de Rosa (2012), que, de modo geral, adota o termo para caracterizar e enfatizar não só a questão da Psicanálise fora do *setting* analítico tradicional, mas também a dimensão sociopolítica do sofrimento no movimento psicanalítico, evidenciando uma profunda relação com o político e com o social, visibilizando o sujeito capturado e enredado pelas relações de poder e subsidiando, a partir da escuta psicanalítica, modalidades de resistência aos processos de alienação, almejando à posição desejanste do sujeito.

Para além das nomenclaturas de uma psicanálise fora da clínica padrão já apresentadas até aqui, Lacan (1968/2003a) simplifica a questão conceituando como Psicanálise em Intenção toda a prática que forma analistas, ou seja, que prepara operadores

para a clínica psicanalítica, e Psicanálise em Extensão como um modo de presentificação da psicanálise no mundo, “seriam todas as presentificações da psicanálise na mídia, nos livros, na universidade, a pesquisa em psicanálise, etc.” (Lustosa, 2003, p.8). Neste sentido, a psicanálise é possível de ser praticada nas instituições, inclusive e principalmente nas de saúde pública.

Uma breve historização sobre a consolidação da saúde pública no Brasil, desde o período colonial até a implementação do modelo de redes de atenção à saúde já foi feita (Roosli, Palma, & Ortolan, 2020). Atenta-se neste artigo para as instituições de saúde criadas e consolidadas a partir da Reforma Psiquiátrica, nos níveis primário, secundário e terciário. Não só as instituições de caráter inclusivo da atenção à saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas todas as outras, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais Gerais, uma vez que com a descentralização do cuidado em saúde mental todas estas instituições são responsáveis pelo acolhimento das demandas advindas do sofrimento psíquico (Albuquerque, Lira, Costa, & Nappo, 2017).

A descentralização do cuidado em saúde mental foi um dos fatores contribuintes para a inserção do psicólogo na saúde pública em vários âmbitos, fato que contribuiu, assim, para a atuação da Psicanálise nesses espaços. Em uma breve revisão assistemática da literatura, foram encontradas algumas experiências importantes da Psicanálise nos três níveis de atenção à saúde que compõem principalmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAP) (Brasil, 2011): nas UBS (Cruz, 2018), nos Hospitais Gerais (Calazans & Azevedo, 2016), nos Hospitais Psiquiátricos (Borges, Borges, Silva, Souza, & Gomes, 2018) e nos CAPS (Quadros, Martins, & Soares, 2018).

O SEP pode ser subsídio para o aprendizado clínico a partir da Psicanálise (Santos & Ferrari, 2016), uma vez que produz efeitos terapêuticos, mediante a responsabilização do

sujeito pelo seu gozo que se apresenta no sintoma, por meio do encontro do sujeito em sofrimento psíquico com a escuta orientada pela psicanálise (a dupla institucional estudante e supervisor). Todavia, é prudente de se entender que o SEP, como instituição, tem influências e limitações que interferem na clínica psicanalítica, como delimitação do tempo de atendimento, normatização de número de ausências (que pode implicar em encerramento do tratamento) e a realização de triagem antes do processo psicoterapêutico de fato (Aires, 2019).

Têm-se, assim, diferenças entre a Psicanálise Pura e a clínica psicanalítica em instituições. Diferenças estas que se condensam em: objetivos de cada uma das clínicas, a questão do ensino da psicanálise na Universidade, a análise pessoal do analista, que no contexto do SEP ainda se apresenta como estagiário, a importância da supervisão de estágio em clínica psicanalítica e a transferência como ferramenta de trabalho (Santos & Ferrari, 2016).

Para se refletir sobre a atuação nos SEP, entende-se ser pertinente distinguir as visões de ser humano e do processo de saúde e doença que as diferentes epistemologias apresentam. De uma maneira breve, na área da saúde, mediante as políticas públicas, suas conceituações e práticas, a visão de ser humano é atravessada pela característica de cidadão de direitos e deveres, previstos em legislações. No que concerne às outras filosofias, de modo geral, a visão de ser humano é composta por aquele que “propriamente e em última instância, se encontra à procura de sentido” (Frankl, 2019). Esta diferenciação se mostra pertinente na medida em que é só a partir disto que se esboça um objetivo e uma função para as ofertas de saúde.

Já a psicanálise entende o sujeito em sua concepção cindida, fundando-se, então, a ideia do sujeito do inconsciente, enfatizando a subversão epistemológica operada pela psicanálise do conceito de sujeito. A noção de sujeito do inconsciente proposta pela psicanálise evidencia sua

fundação a partir de uma falta constitutiva marcada pela passagem do sujeito pelo complexo de castração na fase edípica. Esta operação de castração barra o acesso do sujeito ao gozo pleno (referente à fusão materna) e, a partir disto, consentindo com esta separação, o sujeito pode adentrar na dimensão do desejo (Ribeiro, Neto, & Vecchia, 2021).

No campo da saúde pública e nas áreas das Ciências da Saúde considerar o ser humano como cidadão de direitos e deveres e também como um organismo biológico, que responde ao funcionamento orgânico e fisiológico até então previsto pela ciência competente, é entender uma universalidade do que é o ser humano. É a partir desta universalidade que se constroem ofertas de saúde. No campo da psicanálise, considera-se que o ser humano é caracterizado como aquele que procura sentido e, com isto, promove-se um deslocamento que permite interpretá-lo em sua singularidade. É só a partir disto que são criadas e propostas, dentro da dupla terapêutica, direções de tratamento. Entende-se que há uma impossibilidade de uma resposta geral para algo que se apresenta na esfera do singular (Freud, 1912/1996b), e a psicanálise, principalmente a que está nas instituições, tem o compromisso ético de por isto ser balizada.

A discussão sobre os processos de saúde e doença também caminha para este sentido. Há uma distinção muito clara sobre o que é saúde e doença nas áreas da saúde vinculadas à medicina e na área da psicanálise, distinção esta que também orienta, conseqüentemente, a oferta da assistência. É importante reconhecer que discussões como esta envolvem dois campos de saber, o psicodiagnóstico e a psicanálise, e estão imersas na atualidade composta pela banalização da patologização dos indivíduos, tensionando a problemática da normalidade, doença e seus parâmetros (Oliveira & Samico, 2019).

As diretrizes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (APA, 2014), na sua quinta edição (DSM-V), foram revisadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que sugeriu abordar separadamente diagnósticos de fatores psicossociais e

contextuais. A necessidade constante de revisões dos DSM indica, entre outros fatores (Frances, 2017), o que habita na língua do manual: o consenso de ordem e norma que a sociedade espera, uma conduta humana saudável que geralmente se avalia com dogmas pré-estabelecidos atravessados pela economia e política vigente (Resende, Pontes, & Calazans, 2015).

A psicanálise não trabalha com o sujeito da perspectiva da sua dita patologia, mas sim com o sofrimento psíquico que o sujeito localiza como aquilo que lhe impede de viver com satisfação. Neste sentido, a nosologia psicanalítica e suas direções de tratamento vão na contramão dos saberes classificatórios de determinação do normal e anormal, da saúde e doença, subvertendo a lógica de normatização dos sujeitos, estes que são a radicalidade daquilo que é complexo e multifacetado (Oliveira & Samico, 2019). Como pontuado por Kehl (2017), o estatuto de cura na psicanálise tem caráter pessoal, pois parte e decorre de uma demarcação clínica diferente.

Entendendo os SEP como instituições de saúde que operam pelas legislações vigentes, é natural que suas ofertas de serviços perpassem pela ética do bem-estar subjetivo e redução do sofrimento (Santos & Ferrari, 2016). É aqui que se encontra a primeira diferença de uma psicanálise pura e uma atuada na instituição: a ideia de almejar, em primeira instância, o bem-estar subjetivo e a redução do sofrimento se apresenta como conflitante com a proposta da clínica psicanalítica (Resende, Pontes, & Calazans, 2015).

São propostas conflitantes na medida em que Freud (1912/1996b) já advertia: a psicanálise deve se propor a ofertar uma escuta sem buscar curar o paciente. O que está embutido na fala freudiana trata-se da epistemologia envolvida sobre a psicopatologia. No campo da psicanálise, não se coloca em discussão o binômio saúde-doença e sim formas de subjetivação, sendo que umas promovem mais sofrimento psíquico que outras, de modo que, de fato, não se objetiva produzir cura (cessação de sintomas) na clínica psicanalítica. A

clínica psicanalítica se caracterizaria como um subsídio para a ampliação das possibilidades de vida do sujeito, considerando o sintoma como expressão de algo que merece investigação e não simplesmente interrupção (Resende, Pontes, & Calazans, 2015).

Tais diferenças epistemológicas são percebidas e vividas pelo estagiário orientado pela psicanálise no SEP (Santos & Ferrari, 2016). Neste sentido, diante do paciente que sofre e demanda alívio imediato para seus sintomas, o estagiário é confrontado com a limitação e insuficiência de um saber acadêmico e generalista, ficando difícil a sustentação da escuta sem busca de cura, principalmente depois de este aluno ter vivido quatro anos de estudo de teorias e técnicas psicológicas, sentindo-se obrigado a responder à demanda de sofrimento por meio de uma intervenção rápida e eficaz. Considerando o que já foi exposto até aqui, o *furor curandis* é iatrogênico, potencialmente.

2.3.1 O Ensino da Psicanálise na Universidade

Uma das observações feitas por Santos e Ferrari (2016) ao investigarem a clínica psicanalítica no SEP é referente à formação teórica precária dos terapeutas estudantes. Os autores entendem que há limites importantes da formação universitária, no que concerne à psicanálise. Eles ressaltam que a pluralidade das abordagens oferecidas ao longo do curso de graduação em Psicologia não propicia um aprofundamento da teoria e técnica psicanalítica, podendo acarretar em um atendimento deficitário no SEP. Ao entrevistar alguns supervisores em clínica psicanalítica de duas clínicas universitárias da cidade de Belo Horizonte, os autores observam ser comum no período em que ocorre o estágio em clínica o estudante ainda estar indeciso quanto à escolha de abordagem e provocar uma mistura de métodos terapêuticos (Santos & Ferrari, 2016).

O ensino da psicanálise só é possível pela via da transferência de trabalho (Lacan, 1967/2003b). Entende-se como transferência de trabalho aquela que o ensinado

estabelece com a teoria psicanalítica (Lampert, 2019). A partir disto, discute-se a posição daquele que ensina a psicanálise, o ensinante. Para se ensinar psicanálise, para possibilitar a transferência de trabalho, quem ensina deve estar em uma posição de sujeito dividido: “o ensinante é um trabalhador cuja construção de saber é ordenada por aquilo que não sabe, mas interroga” (Quinet, 2009, p. 56).

O que está em questão não é uma falta de saber teórico por parte do ensinante, e sim um reconhecimento de que não há saber completo (Lampert, 2019), sendo esta premissa essencial no ensino da psicanálise. Defende-se esta posição na medida em que é apenas por meio dela que se pode abrir espaço para a produção de saber (Araújo, 2009), evitando o discurso do mestre (tudo-sabe/tudo-pode) como laço de ensino.

Diante da discussão feita até aqui, entende-se que é sim possível o ensino da psicanálise em alguns contextos acadêmicos universitários se forem respeitadas as particularidades discursivas na transmissão, apontando, assim, um avanço da psicanálise em um caminho que vai para além de sua divulgação na universidade (Lampert, 2019). Delimitando a operacionalização do ensino da psicanálise na universidade, Aires (2019) compreende que o saber psicanalítico possa ser transmitido por meio da apresentação e discussão dos conceitos fundantes e pressupostos teóricos que sustentam a prática clínica, da explicitação da práxis psicanalítica e discussão dos procedimentos de pesquisa em psicanálise. Reconhece-se, assim, a psicanálise como uma teoria ou um saber dentre outros que circulam na universidade.

2.3.2 A Análise Pessoal do Estagiário e a Importância da Supervisão

A análise pessoal, no campo da psicanálise, é um dos pilares de formação analítica, juntamente com a supervisão e o estudo da teoria (Freud, 1913/1996c). Em relação à análise pessoal do estagiário no SEP, não se constitui como uma exigência curricular, sendo uma

decisão a cargo do estudante, variável esta que, a partir do momento que se entende a análise pessoal como um pilar de formação, pode interferir na qualidade do atendimento ofertado no serviço (Aires, 2019).

Esta é uma questão institucional importante: a normatização curricular define que a prática clínica e a supervisão são suficientes para a obtenção do título de psicólogo, juntamente com o cumprimento da carga horária mínima obrigatória e, geralmente, a apresentação do trabalho de conclusão de curso (Aires, 2019). Todavia, se questiona se estes são elementos suficientes para uma formação em clínica psicanalítica, pois se afirma a “insuficiência de ensinar teoria ao estudante-estagiário como garantia da efetividade da prática” (Aires, 2019, p. 47). É de grande valia o estagiário em clínica estar em análise pessoal na medida em que se experiencia a noção do inconsciente, transformando um conceito teórico em uma experiência concreta de seus efeitos sobre o sujeito (Lacan, 1953/1998a). Neste sentido, demonstra-se a importância da análise pessoal também como variável formativa para este estagiário.

A fim de refletir sobre a viabilização de uma prática propriamente psicanalítica no estágio em clínica nos SEP, sem ter como normatização curricular a análise pessoal do estudante, Aires (2019) pontua que no mínimo dois aspectos devem ser considerados: a diferença entre ensinar a psicanálise e formar analistas, e a ideia de que o que se encontra no espaço universitário é uma Psicanálise em Extensão, ou seja, não é a Psicanálise em Intenção – aquela que visa a formação de analistas.

Entende-se que o ensino, na perspectiva de formação de analistas, não se mostra como competência da universidade, principalmente do curso de graduação em Psicologia. A formação de analistas implica um posicionamento ético do sujeito com o seu inconsciente, que possibilita o reconhecimento do desejo e sua articulação com a ação (Aires, 2019). Neste contexto, de fato, a análise pessoal é imprescindível. Neste sentido, faz-se a distinção entre

ensino e formação: o ensino da psicanálise na universidade, contemplando também o estágio em clínica psicanalítica, abarca um saber sobre o inconsciente enquanto construto teórico, e a análise pessoal, enquanto pilar fundamental da formação de analistas, abrange um saber-fazer com o inconsciente (Aires, 2019).

Uma vez entendido que não é do escopo universitário a formação de analistas, isto não quer dizer que a clínica psicanalítica nestes espaços não seja possível. É aqui que se caracteriza a importância da função do supervisor de estágio: é importante que este reconheça que não há garantias *a priori* que possibilitem designar a clínica desenvolvida como psicanalítica *stricto sensu*, e, por conseguinte, resta ao supervisor-analista construir um espaço de reinvenção da psicanálise, mediante uma aposta, sem garantias, de operação a partir da ética psicanalítica (Aires, 2019).

A ressalva de Derzi e Marcos (2013) se faz, assim, pertinente quando entende que é necessário que haja na universidade docentes e supervisores que também sejam analistas para suportar este saber analítico e esta ética da psicanálise. A aposta deste supervisor analista, como pontuado por Aires (2019), se faz na “pretensão de despertar nos estagiários uma relação com a prática clínica que não se limite à reprodução de uma técnica ou que se restrinja a um exercício de redução de sofrimento e adaptação do sujeito ao meio social” (p. 48).

Na universidade, a supervisão adquire caráter de ensino da profissão, a fim de garantir uma avaliação e efetividade das ações do estudante estagiário na clínica (Aires, 2019). Sabe-se que a instituição apresenta um limite frente à questão da supervisão: pelo número limitado de vagas para cada supervisor e, dependendo de como a atribuição destas vagas é feita, o estudante muitas vezes não tem a oportunidade de escolha do supervisor orientado pela transferência (Santos & Ferrari, 2016), sendo que esta relação, terapeuta e supervisor, também é qualificada por uma transferência satisfatória (Aires, 2019).

2.3.3 As Transferências na Clínica Psicanalítica em SEP

Na clínica psicanalítica na universidade, a relação terapeuta e paciente é atravessada por várias coordenadas institucionais: o paciente é da instituição e o terapeuta, ainda estudante, tem um supervisor com uma responsabilidade institucional sobre o caso (Santos & Ferrari, 2016). Esta primazia do institucional é uma característica importante na medida em que afeta substancialmente a qualidade da transferência entre terapeuta e paciente, ferramenta imprescindível para o trabalho psicanalítico.

Na produção psicanalítica, o conceito de transferência, de modo geral, é homólogo ao amor do paciente pelo analista, e, primeiramente, foi descrito por Freud (1885/2016) como uma falsa conexão, indicando uma resistência do paciente ao avanço da análise. A partir dos fenômenos transferenciais de amor pelo analista, e considerando que este investimento libidinal do paciente para a figura do analista diz de uma projeção – no analista – de conteúdos ainda inconscientes para o paciente, pode-se explicar, assim, sobre a privilegiada posição do analista, na medida em que sua figura é entendida pelo paciente como um caminho seguro para escoar conteúdos inconscientes (Novelli, Lazzarini, Chatelard, & Maesso, 2017).

Foi considerando este lugar do analista que Freud (1912/1996d) posteriormente, não desconsiderando os aspectos de resistência da transferência, pôde entender que esta é uma ferramenta fundamental no manejo do analista, considerada um elemento essencial na “cura das neuroses” (Freud, 1912/1996d, p. 146), na medida em que é por meio desta relação que se cria “uma zona intermediária entre a doença e a vida” (p. 206). Todavia, a transferência não prescinde da presença de um analista (Marino, 2019). Neste sentido, entende-se que o que opera não é o analista contingenciado a um sujeito, e sim, a função característica deste lugar de analista – o endereçamento de uma demanda de amor e, posteriormente, de saber (Lacan, 1958/1998b). Tal função, aparentemente, independe da

extensão do processo analítico ou do espaço físico em que se encontre (Marino, 2019), o que remete à clareza de Lacan (1958/1998b): não se é livre da transferência.

De modo didático, podem-se destacar três campos relacionais em que a questão da transferência se manifesta no âmbito da clínica psicanalítica nos SEP: entre estagiário e supervisor, entre paciente e instituição e entre paciente e estagiário na função de psicoterapeuta. A transferência entre paciente e instituição é importante de ser avaliada, diagnosticando-a ou em prol de uma implicação positiva com o tratamento ou se está a serviço de uma resistência. A transferência com a instituição pode se manifestar de maneira encoberta, como pontuou Freud (1912/1996d), se evidenciando por meio de uma resistência ao restabelecimento do paciente, fazendo com que este fique ali retido, mantendo-se distante da vida.

Em casos nos quais esta transferência com a instituição é mais cristalizada, pode-se dizer que há uma dependência do paciente com a instituição que lhe atende. Esta dependência institucional pode ocorrer devido a alguns fatores, tais como a restrita rede de sociabilidade do paciente, fazendo com que o cotidiano desses pacientes gravite em torno do tratamento (Kushnir, 2016). Ainda sobre esta transferência entre paciente e instituição, Santos e Ferrari (2016) pontuam que é com o saber universitário que o paciente faz transferência, condição esta que dificulta o paciente a se colocar em uma posição mais ativa no trabalho terapêutico, uma vez que este se apega ao saber sobre si fora de si, depositando-o no outro, mediante esta transferência com o saber universitário.

Agora a respeito da transferência estabelecida entre o paciente e o estagiário na função de psicoterapeuta, Boesmans, Lopes Júnior e Silveira (2016) discorrem sobre um fato clínico que exemplifica os atravessamentos institucionais nos SEP na transferência com o psicoterapeuta estagiário. Relatam o caso de uma adolescente trazida pela mãe, que também fazia uso da instituição, assim, invadindo o espaço psíquico e subjetivo de enlace

da adolescente com o serviço, levando-a abandonar o processo terapêutico, na medida em que entendia não poder confiar sua demanda a uma instituição que estava a serviço de sua mãe.

Outro atravessamento da transferência entre paciente e psicoterapeuta estagiário refere-se à maneira como se dá a constituição da dupla paciente-psicoterapeuta. Em condições não institucionais, quem escolhe o analista é o paciente, já operando, assim, uma relação de transferência (Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016). Nos SEP, a ordem se inverte: quem escolhe o paciente é o estagiário, que obedece às normatizações institucionais para esta escolha, sendo competência do paciente apenas a escolha pela universidade, enfatizando a transferência com a instituição.

A questão da temporalidade dos atendimentos também é uma variável que compõe a transferência entre paciente e estagiário, na medida em que “o próprio vínculo contratual do estágio (limitado temporalmente) impõe, de saída, um núcleo resistencial que, de um modo ou de outro, se manifesta na dinâmica do tratamento” (Alcantara, 2010, p. 103). De modo geral, os estágios em clínica são ofertados de forma curricular no último ano de graduação, entendendo que há um aporte necessário para os atendimentos, construído ao longo do curso. Isto implica um caráter transitório da formação da dupla paciente-psicoterapeuta. Sobre isso, Boesmans, Lopes Júnior e Silveira (2016) exemplificam outro fato clínico, no qual uma paciente de oito anos brincava em sessão sempre de construir castelos. Na sessão na qual a estagiária sinaliza sua saída da instituição e então a interrupção dos atendimentos, a menina se põe a construir um castelo mais alto do que o comum e, no fim da sessão, começa a destruí-lo com acentuada agressividade. Os autores sinalizam que “o alvo não era apenas o castelo, mas também a analista [...]. Observamos que algo se interrompe neste momento, aparecendo em forma de ato dirigido ao analista” (Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016, p. 14-5).

As exemplificações aqui citadas sobre a composição da transferência em tratamentos ofertados por SEP, como as questões burocráticas institucionais e de padronizações, vão de encontro à transferência, entendendo que esta só pode ser atestada no caso a caso, no singular. Parece inegável que a transferência se dá, de início, com a instituição prestadora do serviço e, somente em um outro momento, pode se estabelecer com cada psicoterapeuta em si. O que propicia esta possibilidade de deslizamento da transferência com a instituição para com o psicoterapeuta é a encarnação, por parte do estagiário, do desejo do analista (Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016), o qual diz respeito a um lugar advertido pela ética da psicanálise (Heck & Kessler, 2015).

As reflexões que a teoria e prática psicanalítica propiciam sempre se mostram complexas e fecundas, enfatizando o caráter de abertura que a Psicanálise se propõe. Como pontua Figueiredo (2001), “supor que em algum lugar a Psicanálise esteja em casa, eis o problema. Ela nunca está absolutamente em casa, pois se estiver, já não é Psicanálise” (p. 5). Considera-se que o que se encontra no espaço universitário é uma Psicanálise em Extensão. Este resultado defende que há possibilidades de experienciar nos estágios clínicos realizados nos SEP uma prática psicanalítica a partir de determinados arranjos e premissas, visando a garantia da “indissociabilidade entre prática e construção de saber que implique o praticante como desejante” (Aires, 2019, p. 50).

Ao longo desta seção foram apresentadas especificidades da prática psicanalítica clássica que podem se flexibilizar ou até mesmo se adaptar ao serem executadas em instituições, principalmente nos SEP, sem desapropriação do método psicanalítico. Evidencia-se, então, que a práxis da Psicanálise pode ser exercida no contexto do atendimento clínico em SEP apesar das singularidades da condução do processo analítico (Gomes & Souza, 2019). Uma prática desenvolvida no estágio clínico no SEP pode ser

considerada psicanalítica, então, se sustentada pela ética do desejo² na condução de cada caso, considerando o usuário do SEP como sujeito desejante, o desejo do estagiário como operador que sustente a transferência, e a posição desejante do supervisor-analista que subsidia o funcionamento da máquina psicanalítica.

Ao considerar as diversas vertentes de estudo e alcance da Psicanálise, a partir da sua subversão epistemológica do conceito de sujeito e dos processos de saúde e doença, entende-se a possibilidade da Psicanálise na Universidade. Por mais recente que se possa aparentar, considerando o percurso psicanalítico como ciência, o trabalho da Psicanálise nas instituições públicas reitera seu lugar político, principalmente na Universidade. É nesse espaço universitário, privilegiado pela possibilidade de frutificações, que se discute o lugar da Psicanálise ali, refletindo sobre o ensino e a transmissão da teoria e da técnica psicanalítica – problematizando o lugar do saber e do conhecimento e como são as relações implicadas nisso. Há vestígios, em trabalhos como este presente, que os SEP abrem uma passagem para a Psicanálise na Universidade e, também, por uma clínica psicanalítica, passagem esta que, por excelência, contorna-se com inúmeras reflexões e potencialidades.

² A ética do desejo se relaciona com a emancipação, balizada pela irreducibilidade do desejo. Jacques Lacan lapida este conceito ao resgatar os estudos freudianos e relacioná-los com sua leitura kantiana considerando uma imposição ética que orienta toda ação no mundo: “Ora, esse lugar, podemos, nós analistas reconhecer que é o lugar ocupado pelo desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 369).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é descrever, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual nos anos de 2017 a 2019, no serviço-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12ª sessão de terapia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as variáveis relacionadas ao abandono da psicoterapia após a 12ª sessão.
- Levantar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra para identificar possíveis indicadores do abandono.
- Comparar os motivos dos abandonos descritos em prontuários com os alegados pessoalmente pelos pacientes na pesquisa.

4 METODOLOGIA

As escolhas metodológicas de um pesquisador têm impactos significativos sobre o estudo em si do objeto e principalmente impacto sobre a operacionalização do resultado obtido. Neste sentido, para estudar o abandono do processo psicoterapêutico, escolheu-se a abordagem qualitativa.

A particularidade envolvida no fenômeno do abandono de um processo de psicoterapia justifica a escolha pelo caminho metodológico qualitativo, tendo em vista que a temática pertence a um universo de significados e significações, crenças, valores e atitudes muito singulares e incompatíveis com a redução à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001).

4.1 DELINEAMENTO

Este é um estudo qualitativo e com objetivos exploratórios e descritivos – uma vez que a metodologia aqui usada almejou descrever os fatores envolvidos no abandono terapêutico e também proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses sobre o fenômeno em questão (Gil, 2007). Esta pesquisa enquadrou-se também como pesquisa documental (Fonseca, 2002), tendo em vista que para o levantamento e caracterização inicial se partiu das fichas de desligamento (ANEXO A) e de triagem (ANEXO B) de pacientes adultos que estiveram em psicoterapia individual nos anos de 2017 a 2019, no serviço-escola de Psicologia da UEL.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo desta pesquisa foi o Serviço-escola de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). A UEL, em 2020, completou 49 anos de funcionamento e se destaca nacionalmente nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. No que concerne à sua

estrutura acadêmica, é composta por 53 cursos de Graduação e 261 de Pós-graduação, agregando uma comunidade de 25 mil professores, servidores e estudantes.

No que se refere ao serviço-escola de Psicologia da UEL, este funciona em conformidade ao calendário da universidade, em horário comercial, e no período noturno de segunda a quarta-feira. Os serviços prestados, de modo geral, são: psicoterapia individual, a partir de atividades vinculadas ao estágio curricular; avaliação psicológica; psicoterapia de grupo, de casal e família, por meio de projetos de ensino, pesquisa e extensão. Nos anos de 2015 e início de 2016 foram contabilizados um montante de mais de 350 pessoas na fila de espera (adultos, adolescentes e crianças) para a psicoterapia individual. A capacidade de atendimento³ era de aproximadamente 80 casos concomitantes, número este que se referia aos estagiários em clínica (Ortolan, Sei, & Victrio, 2018).

4.3 PARTICIPANTES

Primeiramente foi feito o levantamento documental das fichas de desligamento dos anos de 2017 a 2019 dos pacientes adultos que abandonaram a psicoterapia individual depois de 12 sessões, independentemente das abordagens teóricas a partir das quais estes pacientes foram atendidos. Obteve-se um montante de 30 fichas de desligamento. A partir disto, o contato com os pacientes foi feito por meio de ligações telefônicas, explicando o objetivo da pesquisa e os convidando para a sua participação. Os critérios de exclusão adotados foram: a) pacientes que, após três telefonemas, em horários e dias alternados não foram encontrados e que não deram retorno via *e-mail*, foram descartados da pesquisa; b) aqueles que não tiveram interesse em participar. A partir disso, dos 30 pacientes, 11 foram entrevistados.

³ Esse número se modificou após reorganizações curriculares, a partir de 2014, com impacto para os estágios a partir de 2017 e 2018, nos quais instituía a prática de atendimentos clínicos a partir do 4º ano, ofertando a disciplina optativa de Ênfase Clínica; além disso, com o novo currículo, o 5º ano da graduação teve um aumento na carga horária, consequentemente mais casos para atender, algo que se efetivou a partir do ano letivo de 2020.

4.4 PROCEDIMENTOS

4.4.1 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semidirigida com três questões norteadoras para investigar os seguintes aspectos: expectativas antes da psicoterapia, o processo psicoterapêutico e o desligamento do serviço. Para além destas questões, objetivando o levantamento dos possíveis indicadores outros de desistências, o perfil sociodemográfico e clínico da amostra foi coletado mediante consulta às fichas de triagem já realizadas por estes pacientes no momento da entrada destes no serviço-escola. Esta ficha contém os dados necessários para a construção deste perfil, tais como (a) dados sociodemográficos – sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião, (b) identificação da comunidade – interna à universidade ou externa a ela, (c) mapeamento do território dos usuários, contando com Londrina e região, (d) informações clínicas gerais – tais como presença de sintomas físicos, histórico médico, uso de medicamentos.

4.4.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita a partir de uma análise documental e entrevistas semidirigidas com perguntas norteadoras visando a compreensão do abandono do tratamento psicoterápico. Neste sentido, na primeira fase de coleta foi feito o levantamento documental das fichas de desligamento dos anos de 2017 a 2019 dos pacientes adultos que abandonaram a psicoterapia depois de 12 sessões, independentemente das abordagens teóricas nas quais estes pacientes foram atendidos.

A segunda fase de coleta de dados tratou-se da realização das entrevistas semidirigidas com perguntas norteadoras. Segundo Silva, Bastos e Silva (2017), o uso desta técnica permite ao pesquisador analisar de forma mais significativa e profunda os conteúdos trazidos pelos participantes. As entrevistas foram realizadas de forma remota. Esta opção

justifica-se pelo fato de abranger os interessados na pesquisa que não residiam mais em Londrina ou região e também pela atual situação sanitária do mundo, em relação à pandemia da COVID-19, sendo que uma das medidas de enfrentamento tem sido o distanciamento e/ou isolamento social. As entrevistas foram feitas entre os meses de outubro de 2020 a fevereiro de 2021.

Utilizou-se a plataforma *Google Meet* para as entrevistas, realizadas de forma individual. No início da entrevista, foi explicado o objetivo da pesquisa e solicitado o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Pelo fato de que as entrevistas se deram de forma remota, o Termo de Consentimento foi disponibilizado aos participantes antes da entrevista, pelo *Google Forms*. Conforme o aceite do participante no formulário e também seu aceite em gravação, realizou-se a entrevista. Foi ressaltada a manutenção do sigilo das informações fornecidas e a liberdade que o participante teria de interromper a entrevista quando desejasse. Os dados foram transcritos na íntegra a partir da gravação de vídeo e voz.

4.4.3 Análise de Dados

Para a transcrição das entrevistas, foi atribuído um nome fictício para cada participante. Para realizar a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 2011), a qual consiste em um montante de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo dos discursos, tais como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Os dados foram analisados a partir de três eixos temáticos apriorísticos, estabelecidos a partir das perguntas norteadoras da entrevista: a) Expectativas em relação à psicoterapia; b) Sobre o processo psicoterapêutico; e c) Sobre o abandono da psicoterapia. Esta pesquisa,

de acordo com o objetivo proposto, priorizou a análise do eixo Sobre o Abandono da Psicoterapia.

Foram criadas categorias *a posteriori* com base no conteúdo exposto na fala dos participantes: a) Motivos do abandono da psicoterapia; b) Atitudes do paciente; c) Reação do terapeuta; d) Implicações institucionais. Ressalta-se que o conceito de categoria aqui utilizado é referenciado por Campos (2004), o qual caracteriza categoria como enunciados que abarcam temas de acordo com suas intimidades ou proximidades, e, ao ser analisada, exprime significados importantes para os objetivos de estudo, oportunizando criação de novos conhecimentos.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa aqui apresentada está em conformidade com as determinações éticas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para pesquisas com seres humanos, na Resolução nº 510/16 e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 35315320.2.0000.5231 e parecer 4.193.484) (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como já exposta na seção introdutória desta pesquisa, a psicanálise é escolhida aqui como ótica teórica e metodológica também na análise e discussão dos dados encontrados, na medida em que a pesquisadora e sua orientadora têm mais afinidade com a abordagem psicanalítica. Considerando também que, como será exposto adiante, na caracterização da amostra, a maioria (n=18; 60%) realizou processos psicoterapêuticos norteados pela abordagem teórica da psicanálise, o recorte teórico privilegiado para as análises dos dados foi este.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.1.1 Primeira Fase da Coleta de Dados

A primeira fase da coleta de dados foi o levantamento documental das fichas de desligamento dos anos de 2017, 2018 e 2019 de pacientes adultos que abandonaram a psicoterapia individual depois de 12 sessões, independentemente das abordagens teóricas nas quais estes pacientes foram atendidos. No ano de 2017, 16 fichas foram selecionadas. Em relação a 2018, nove fichas, e cinco fichas do ano de 2019, totalizando uma amostra de 30 fichas de desligamento.

No SEP da UEL, as fichas de desligamento são de preenchimento obrigatório após o encerramento de um processo psicoterápico, sendo de responsabilidade do estagiário, e devem ser assinadas pelo supervisor do estágio clínico. Os dados obtidos a partir das fichas de desligamento estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3.

Caracterização das variáveis presentes na Ficha de Encerramento

Variáveis	n=30 n (%)
Total de Sessões Realizadas – média ± DP	20 ± 8,09853
Abordagem Teórica do Atendimento	n (%)
Comportamental	12 (40)
Psicanalítica	18 (60)
Queixas Iniciais do Paciente	n=48 n (%)
Ansiedade	10 (22,69)
Baixa Autoestima	2 (4,89)
Dificuldades em Relacionamentos Amorosos	5 (11,59)
Estresse e Irritabilidade	2 (4,89)
Ideações Suicidas	0 (0)
Medos e Inseguranças	6 (13,79)
Problemas de Saúde	3 (7,09)
Problemas no Relacionamento Familiar	8 (7,09)
Problemas no Relacionamento Interpessoal e Timidez	3 (4,89)
Situações em Relação à Experiência de Luto	2 (4,89)
Outros **sintomas psicóticos, delírio, problemas de identidade sexual e uso abusivo de substâncias químicas.	0 (0)
Não Mencionado	4 (4,89)
Resumo do Diagnóstico	n (%)
Inibição Severa	1 (3,35)
Neurose	2 (6,66)
Não foi mencionado o diagnóstico	27 (89,99)
Resumo dos Aspectos Trabalhados	n=31 n (%)
Relacionamentos (Interpessoal, Familiar e Conjugal)	13 (41,93)
Autoestima e Autoconhecimento	6 (19,35)
Vida Laboral	2 (6,45)
Manejo de Estresse e Ansiedade	4 (12,93)
Implicação Subjetiva do Paciente	2 (6,45)
Gerenciamento do Tempo	2 (6,45)
Superação do Luto	1 (3,22)
Redução de Danos	1 (3,22)
Motivo do Encerramento	n (%)
Problemas de Saúde	2 (6,66)

Troca de Terapeuta	2 (6,66)
Novo Emprego	6 (20)
Incompatibilidade de Horários	5 (16,66)
Outros **questões financeiras, mudança de cidade, dificuldade no deslocamento, não se sentia pronto para continuar, frustração com a terapia e satisfeito com os resultados	6 (20)
Não Mencionado	9 (30)
<hr/>	
Vinculação Institucional do Terapeuta	n (%)
Assessora Especial	5 (16,66)
Estudantes de Graduação	20 (66,68)
Colaboradores Externos	2 (6,66)
Não Mencionado	3 (10)
<hr/>	

Fonte: Autor.

A fim de contemplar uma melhor apreciação dos dados, separaram-se nas seguintes seções: Sessões Realizadas, Abordagem Teórica do Atendimento, Queixas Iniciais do Paciente, Resumo do Diagnóstico e Aspectos Trabalhados, Motivo do Encerramento e Vinculação Institucional do Terapeuta. Foram agregados à coleta os dados encontrados nas fichas de triagem, a fim de compor a caracterização da amostra. Também foram separados em seções: Dados Socioeconômicos e Variáveis Clínicas.

5.1.1.1 Sessões Realizadas

Em relação à duração do tratamento, a média do número de sessões realizadas pelos participantes foi de 20 sessões, com DP=8,09853. No estudo de Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2014), que objetivou identificar características de início e término de tratamento de pacientes que abandonaram o tratamento psicanalítico, os autores adotaram o termo abandono médio (AM) para designar pacientes que interromperam a psicoterapia entre dois e 11 meses de tratamento e abandono tardio (AT) para aqueles que a abandonaram após um ano. Neste sentido, na presente pesquisa somente dois entrevistados foram AT (n=2; 6,66%) e, conseqüentemente, 28 entrevistados foram AM (n=18; 93,34%). Observa-se que os dados aqui encontrados diferem dos resultados de Jung, Serralta, Nunes e Eizirik (2014). A prevalência de AM pôde ser

encontrada nas duas pesquisas, todavia, na pesquisa dos autores a amostra foi mais equilibrada: 55,17% dos pacientes eram AM e 44,83% eram AT.

Na seção introdutória desta pesquisa, foi exposto o estudo de Medina (2005) o qual sugere existirem desistências da psicoterapia que não indiquem fracassos. Neste sentido, a quantidade de número de sessões antes do abandono também se torna dados relativos, na medida em que, de acordo com Siqueira (2015), existem relatos os quais se podem considerar sucesso na psicoterapia individual em poucas sessões. Entende-se, então, que o número de sessões em si não diz muito sobre o processo terapêutico, embora seja baixo o número médio de sessões realizadas por serviços-escola no Brasil (Silva Filho, 2018).

5.1.1.2 Abordagem Teórica do Atendimento

Observa-se na Tabela 3, que, dentre os pacientes desistentes, os atendidos pela abordagem psicanalítica tiveram um maior índice de abandono da psicoterapia que em relação à comportamental (n=18; 60% e n=12; 40%, respectivamente). Ressalta-se que esta pesquisa não pretende fazer a defesa de uma ou outra vertente, e nem se propõe a fazer um comparativo entre elas.

Como exposto na seção introdutória, considerando a configuração institucional do curso de Psicologia da UEL, o estágio de clínica, ofertado no quarto e quinto ano da graduação, é dividido, de modo geral, em duas linhas teóricas: psicanálise e análise do comportamento. A pluralidade das ramificações teóricas dentro destas duas linhas se faz a partir da ênfase de cada docente supervisor. Cabe ao estagiário, dentro do sistema de critérios de distribuição⁴ destes, escolher a abordagem teórica de preferência para os atendimentos clínicos.

⁴ A escolha de abordagem teórica (de departamento que irá assumir estagiários) segue o critério de nota (média geral) do estudante. Dentro do departamento, os estagiários acenam para as preferências e os supervisores escolhem os estudantes indicados, mediante a disponibilidade de vagas para supervisionandos, variando de docente para docente.

Algumas hipóteses se elaboram em relação a maior incidência de abandono da psicoterapia quando esta é de orientação psicanalítica. A seção introdutória desta pesquisa já salientou os avanços e limites da psicanálise no âmbito das instituições. Não só no que tange à psicanálise, sabe-se que a inserção da Psicologia, principalmente em sua modalidade clínica, em contextos da saúde pública ainda é nova, convocando, em tempo real, profissionais e pesquisadores a adaptações, transformações e realocações (Polli & Arpini, 2013). Há críticas no que compete aos dispositivos terapêuticos, principalmente daqueles de orientação psicanalítica, quando em contexto institucional (Seixas, 2011), sendo que a má condução de um trabalho analítico pode acarretar a desistência do paciente.

Uma vez que se entende a complexidade de uma clínica psicanalítica nas instituições, pensa-se, então, esta prática estar mais suscetível a más conduções do que um trabalho de análise em consultório particular, por exemplo. Aqui cabe a lembrança do que Freud (1910/2013) chamava de Psicanálise Selvagem. O autor introduz este conceito ao teorizar os impactos em um trabalho de análise no qual o terapeuta sente-se, de fato, um sujeito do saber e “deixa de ouvir seu paciente de maneira cautelosa, paciente e investigativa” (Antunes, 2017, p.223). Ao não estar mais disponível à atenção flutuante de seu paciente, o terapeuta se torna selvagem a partir do momento em que lança mão de interpretações teóricas e dogmáticas daquele sofrimento que lhe é apresentado, tornando-se, assim, “um processo perigoso e destrutivo que consiste em enfiar material postiço e atrapalhador na mente do paciente, trazendo mais confusão a seu (do paciente) aparelho mental, do que o alívio esperado, fruto de compreensão” (Antunes, 2017, p.223).

Considerando que o SEP é *lócus* híbrido, no qual o estagiário é um estudante de Psicologia e também é o terapeuta do usuário do serviço, além de, como já foi mencionado (Santos & Ferrari, 2016), a grade curricular do curso de Psicologia, de modo geral, promover um certo ecletismo – o que confunde a apropriação da teoria, podendo esta confusão

inclusive ser a identificação do estagiário com este lugar de saber, com esse mestre no discurso (Lampert, 2019; Araújo, 2009), com esse selvagem –, entende-se, assim, a maior probabilidade de observar-se desistências dos pacientes em seus processos terapêuticos orientados pela psicanálise.

Neste sentido, ressalta-se a importância ética do trabalho de um estagiário de clínica psicanalítica e seu supervisor, em transferência de trabalho (Lacan, 1967/2003b). Na medida em que atuar em uma psicanálise selvagem pode ser, no mínimo, desastroso, “colaborando para, entre outras sensações, a desintegração do pensamento de um paciente que já chegou ‘em pedaços’” (Antunes, 2017, p. 223). Mesmo que trazida esta hipótese sobre um índice maior de desistências de pacientes em atendimento pelo viés psicanalítico, considera-se que, em relação à análise da abordagem teórica dos atendimentos, segundo Pinheiro (2002), a técnica utilizada não está fortemente relacionada com a (des)continuidade de um tratamento, não mais, pelo menos, do que o tipo de interação terapeuta-paciente.

5.1.1.3 Queixas Iniciais do Paciente

Em relação à queixa inicial do paciente, foi considerada a queixa referida pelo terapeuta no momento do preenchimento da ficha de desligamento deste paciente, como mostra a Tabela 3. Foram localizadas, dentre os 30 pacientes que compõem a primeira fase da coleta de dados, 45 queixas. A categorização das queixas foram as mesmas usadas por Borges, Glidden, Bisewski, Corrêa e Tomaselli (2018).

Dentre os pacientes que compõem a primeira fase de coleta de dados, houve uma prevalência da queixa inicial de ansiedade (22,69%), seguida de problemas no relacionamento familiar (18,19%) e medos e inseguranças (13,79%). Também foram encontradas outras queixas iniciais, tais como dificuldades em relacionamentos amorosos (11,59%), problemas de saúde e problemas no relacionamento interpessoal e timidez (ambos com incidência de 7,09%

cada), baixa autoestima, estresse e irritabilidade e situações em relação à experiência de luto (cada um com incidência de 4,89%). Não foram encontradas queixas em relação a ideações suicidas, sintomas psicóticos, delírio, problemas de identidade sexual e uso abusivo de substâncias químicas. Dentre o total amostral, em quatro fichas de desligamento não havia menção à queixa inicial do paciente (n=4; 4,89%).

Alguns estudos (Issakidis & Andrews, 2004; Krebs, González, Rivera, & Melis, 2012; Picon, Haagstram, & Nardi, 2013; Pessota, Feijó, Costa, & Benetti, 2018) associam a severidade da queixa inicial de ansiedade, juntamente com a escolaridade e renda, como um fator associado ao abandono da psicoterapia. A aderência à psicoterapia de pacientes com transtornos de ansiedade foi pesquisada por Krebs, González, Rivera e Melis (2012). Os autores, após as análises das variáveis sociodemográficas e sintomatológicas, observaram que pacientes com níveis mais altos de ansiedade não encontravam o alívio esperado e temiam que a psicoterapia intensificasse o sintoma, o que levava ao abandono psicoterápico.

Neste sentido, ressalta-se a importância de avaliações iniciais desses pacientes com indicadores de ansiedade, na medida em que a severidade desses sintomas e o abandono do tratamento já foram associadas (Issakidis & Andrews, 2004). A partir disto, sugere-se que o terapeuta crie um ambiente acolhedor e facilitador, avaliando a necessidade, inclusive, de combinações de outros tratamentos, se necessário, como por exemplo o psiquiátrico, tendo em vista um alívio sintomático para facilitação do manejo e direção de tratamento (Pessota, Feijó, Costa, & Benetti, 2018).

Ainda sobre as implicações diagnósticas no abandono da psicoterapia, estudos outros descartaram a gravidade clínica das sintomatologias como possível causador da interrupção do tratamento. É o caso da pesquisa de Hauck et al. (2007), na qual foi realizada a aplicação em dois grupos de pacientes que abandonam o tratamento psicanalítico, em momentos distintos

(antes de três meses e depois), do *Self Report Questionnaire* (SRQ)⁵ e do *Global Assessment of Functioning* (GAF)⁶, e se encontrou similaridade dos dois grupos quanto à gravidade clínica, descartando-a como variável causadora do abandono da psicoterapia.

5.1.1.4 Resumo do Diagnóstico e Aspectos Trabalhados

Nesta seção, ressalta-se a importância do preenchimento correto das fichas institucionais. Campezatto e Nunes (2007) enfatizaram a carência de registros adequados das instituições de serviço clínico em Psicologia em geral, elencando-a como um importante obstáculo para a realização de estudos e pesquisas na área. Das 30 fichas analisadas, 27 (89,99%) delas não tinham menção ao diagnóstico. Três fichas continham menção ao diagnóstico do paciente, sendo que duas delas (6,66%) mencionaram a neurose quanto diagnóstico e uma ficha (3,35%) menciona a inibição severa como diagnóstico. Neste sentido, abre-se um escopo de análise e discussão destes dados em relação ao diagnóstico diferencial em psicanálise.

No tocante ao diagnóstico em psicanálise, não há uma pretensão científica-positivista em classificar o sujeito em uma determinada categoria nosográfica (Triani & Brandão Júnior, 2021). A função do diagnóstico em psicanálise é poder servir de direção de tratamento, além de poder ampliar a leitura das estruturas clínicas, considerando os tipos clínicos (neurose enquanto estrutura clínica, e histeria enquanto tipo clínico, por exemplo). Diagnosticar a

⁵ O SRQ é um instrumento autoaplicável que avalia a gravidade clínica (sintomas) através de 20 questões do tipo "sim/não" e é comumente usado para rastreamento da presença de transtorno psiquiátrico e avaliação de gravidade em nosso meio. Para a classificação nas categorias "alta probabilidade de doença psiquiátrica" e "baixa probabilidade de doença psiquiátrica" (Almeida et al., 1997).

⁶ O GAF é uma escala em que o clínico avalia o funcionamento do paciente quanto à presença de sintomas, funcionamento social, ocupacional ou escolar, relações interpessoais, comportamento, capacidade de autocuidado, risco de agressão ou suicídio, pensamento e capacidade de julgamento, entre outros (APA, 2002).

estrutura e o tipo clínico propicia ao terapeuta identificar a modalidade da relação que o paciente tem com o mundo, com os outros e com ele mesmo (Quinet, 1991).

Sobre o diagnóstico estrutural, Triani e Brandão Júnior (2021) discorreram:

é uma assertiva lacaniana realizada a partir da leitura da obra freudiana, onde três modos de negação do Édipo estão envolvidos, e cada forma de negação corresponde a uma estrutura clínica. Dois destes modos de negação implicam na admissão do Édipo no simbólico. [...] No caso do recalque (*Verdrängung*) o que é negado é conservado no inconsciente. Na perversão o elemento é conservado no fetiche, e o mecanismo de negação é o desmentido (*Verleugnung*). O terceiro tipo de negação, a forclusão (*Verwerfung*), não admite o Édipo no simbólico, o rejeita (p. 6-7).

Como já mencionado ao longo da presente pesquisa, uma vez entendida a possibilidade, mediante arranjos e manobras, de uma clínica psicanalítica nos SEP, compromissada com a ampliação das possibilidades de vida do sujeito (Resende, Pontes, & Calazans, 2015), o diagnóstico nosológico em psicanálise estaria a serviço, então, não de uma sustentação para a cura, e sim a garantir, na medida em que se entende possível isto, caminhos de tratamento que comportem o processo singular e pessoal de cura (Kehl, 2017).

Em relação aos aspectos trabalhados ao longo do atendimento, foram identificadas 31 menções: 13 fichas de encerramento (41,93%) continham a menção de que os relacionamentos (interpessoal, familiar e conjugal) foram aspectos trabalhados no tratamento, em seis (19,35%) fichas foi relatado que a autoestima e o autoconhecimento foram questões trabalhadas e em quatro (12,93%) fichas foi mencionado o manejo de estresse e ansiedade. A vida laboral, a implicação subjetiva do paciente e o gerenciamento do tempo foram aspectos trabalhados, cada um deles, em dois casos (6,45%) e a superação do luto e a redução de danos no uso de drogas foram aspectos de intervenção, em um caso (3,22%) cada.

5.1.1.5 Motivo do Encerramento

Na ficha de encerramento o terapeuta também deve preencher o motivo do encerramento do caso. Considerando que as fichas inclusas na pesquisa são de pacientes adultos que desistiram da psicoterapia depois da 12ª sessão, observam-se nesta seção os motivos da desistência do paciente do processo psicoterapêutico. Nas fichas não está explícito se a resposta do terapeuta a este quesito foi relatada pelo paciente ou se é sua própria interpretação da desistência do paciente.

Também foi observada a carência de preenchimento das informações, na medida em que 30% das fichas (n=9), neste quesito, estavam sem preenchimento. Segundo as fichas de encerramento, o motivo de desistência do paciente em relação à psicoterapia deve-se à conquista de um novo emprego (n=6; 20%). A incompatibilidade de horários entre o paciente, terapeuta e disponibilidade da instituição foi motivo de desistência relatado em 16,66% das fichas (n=5), seguido de problemas de saúde e troca de terapeuta, com duas menções cada um (6,66%).

Outros motivos foram identificados (n=6; 20%), agregando-os em uma mesma categoria, na medida em que cada um deles teve apenas uma menção: questões financeiras, mudança de cidade, dificuldade no deslocamento, o paciente não se sentia pronto para continuar o processo, o paciente relatou ao terapeuta sua frustração em relação às expectativas que tinha com a terapia e outro paciente toma a decisão unilateral de desistência da psicoterapia por julgar que já está satisfeito com os resultados obtidos até então.

5.1.1.6 Vinculação Institucional do Terapeuta

Outro dado coletado e analisado nas fichas de encerramento é em relação ao vínculo institucional do terapeuta que atendeu o caso. Três tipos de vinculação foram identificados: estudantes de graduação (em estágio clínico ou em projetos de extensão), compondo 66,68% dos casos (n=20), dois (6,66%) colaboradores externos (psicólogos formados vinculados a projetos de pesquisa e extensão) e cinco casos foram atendidos pela assessora especial do SEP, compondo 16,66% da amostra. Em três fichas (10%) não foi preenchida a informação de vinculação do terapeuta à UEL.

5.1.1.7 Dados Socioeconômicos

Uma caracterização desta amostra foi realizada (Tabela 4), tendo como variáveis os dados socioeconômicos (gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, religião, tipo de público, cidade e renda familiar).

Tabela 4.

Caracterização da amostra.

Variáveis	n=30 n (%)
Idade (anos) – média ± DP	36,1 ± 13,97128
18 a 20	4 (13,34)
21 a 30	9 (30)
31 a 40	9 (30)
41 a 50	1 (3,33)
51 a 60	6 (20)
61 a 70	1 (3,33)
Gênero	n (%)
Masculino	11 (36,67)
Feminino	19 (63,33)
Estado Civil	n (%)
Solteiro	14 (46,67)
Casado	13 (43,33)
Divorciado	3 (10)

Escolaridade	n (%)
Ensino Fundamental Incompleto	4 (13,34)
Ensino Fundamental Completo	4 (13,34)
Ensino Médio Incompleto	1 (3,33)
Ensino Médio Completo	5 (16,66)
Ensino Superior Incompleto	8 (26,66)
Ensino Superior Completo	7 (23,34)
Pós-Graduação	1 (3,33)
Religião	n (%)
Católica	11 (36,68)
Evangélica	9 (30)
Outras	5 (16,66)
Não mencionado	5 (16,66)
Tipo de Público	n (%)
Comunidade Interna	5 (16,66)
Comunidade Externa	25 (83,34)
Cidade	n (%)
Londrina	24 (80)
Outras	6 (20)
Renda Familiar	n (%)
Até 2 salários mínimos	10 (33,34)
De 2 a 5 salários mínimos	15 (50)
Acima de 5 salários mínimos	3 (10)
Não mencionado	2 (6,66)

Fonte: Autor.

Como apresentado, há uma prevalência do gênero feminino, contabilizando 63,33% da amostra (n=19), e 36,67% do gênero masculino (n=11). Em outras pesquisas de caracterização de pacientes que abandonam a psicoterapia, observa-se também o predomínio do gênero feminino (Olán, 2017; Hauck et al., 2007; Pessota, Feijó, Costa, & Benetti, 2018; Silva Filho, 2018).

Em pesquisas sobre a caracterização da clientela dos usuários de serviços-escola de Psicologia, já foi apontada a predominância de atendimentos do sexo feminino (Bertoncello, Cintra, Oliveira, Pizzol, & Queiroz, 2018; Martins et al, 2015; Campazatto & Nunes, 2006).

Conseqüentemente, espera-se que esta estatística também se apresente interveniente na caracterização da amostra de pacientes que abandonaram a psicoterapia no serviço-escola.

Ressalta-se que os estudos de interlocução da saúde mental com o discurso de gênero já observaram que, no caso dos homens, há uma supervalorização da saúde física – principalmente referente às doenças cardiovasculares e câncer de próstata. Os aspectos subjetivos, concernentes à saúde mental destes homens, geralmente, são negligenciados pelos próprios serviços e programas públicos de saúde (Lima, 2015).

Em relação à faixa etária, com a distribuição de 18 a 20 anos (n=4; 13,34%), 21 a 30 (n=9; 30%), 31 a 40 (n=9; 30%), 41 a 50 (n=1; 3,33%), 51 a 60 (n=6; 20%) e 61 a 70 (n=1; 3,33%), é possível observar uma prevalência nas faixas etárias de 21 a 30 anos e de 31 a 40 anos. Calculou-se também a média de idade: $36,1 \pm 13,9$ anos. Nos estudos de Hauck et al. (2007), que tiveram como objetivo avaliar a associação entre os dados demográficos dos pacientes e o abandono do tratamento psicanalítico antes de três meses de tratamento, a média de idade foi de $37,5 \pm 11,9$ anos, próxima à que fora encontrada nesta presente pesquisa.

Entretanto, em uma meta-análise de trabalhos, realizada por Bueno et al. (2001), foi identificado na maioria dos estudos que os pacientes jovens compõem os casos mais frequentes de abandono psicoterápico, divergindo-se dos resultados encontrados na presente pesquisa. É importante ressaltar que possíveis hipóteses para essa divergência sejam devidas ao recorte etário aqui realizado (acima de 18 anos).

O estado civil também foi uma variável de caracterização da amostra. Houve uma prevalência de pacientes solteiros (n=14; 46,67%), seguido de 43,33% (n=13) de casados e 10% (n=3) de divorciados. Na maioria dos estudos da área, o estado civil não foi uma variável que foi entendida como interveniente no fenômeno do abandono da psicoterapia (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2014; Hauck et al., 2007). Todavia, em alguns estudos, os indivíduos solteiros

constituíram uma maioria significativa nos casos de abandono da psicoterapia (Bueno et al., 2001; Olán, 2017; Silva Filho, 2018).

Na Tabela 4 também são apresentados os dados de caracterização referentes à religião: 36,68% (n=11) declaram-se católicos, 30% (n=9) evangélicos, 16,66% (n=5) outras menções sobre religião (tais como ateu, espírita, agnóstico, messiânico e mórmon) e 16,66% (n=5) não mencionaram suas identificações religiosas. Ressalta-se que a maioria da população do município de Londrina declara-se católico (segundo o Censo do IBGE, feito em 2010, a cidade tinha aproximadamente 61% de habitantes que se diziam católicos).

O intercâmbio entre os temas saúde mental e religião tem sido estudado, principalmente na área de validação de instrumentos psicológicos (Gonçalves, et al., 2016). Alguns estudos (Murakami & Campos, 2012; Taunay, et al., 2012) demonstram que a religião e a espiritualidade são potentes recursos terapêuticos. Entende-se que o sujeito, em busca de algum tipo de alívio para o seu sofrimento, em uma maneira de dar sentido ao que lhe acomete, pode recorrer às experiências religiosas, principalmente nas populações de nível socioeconômico baixo (Dalgarrondo, 2007).

A religião não foi uma variável que foi entendida como interveniente no fenômeno do abandono da psicoterapia (Hauck et al., 2007). Todavia, recomenda-se estudos futuros que possam investigar a relação do abandono da psicoterapia com as práticas religiosas, nesta perspectiva na qual o sujeito crê encontrar na religião o bem-estar e até a supressão de seus sintomas, abandonando, assim, a psicoterapia. Com relação ao tipo de público, a amostra foi dividida entre comunidade interna à UEL e comunidade externa: 83,34% (n=25) são externos à UEL e 16,66% (n=5) fazem parte da comunidade interna.

A cidade de residência também foi uma variável de caracterização, sendo que 80% (n=24) são residentes de Londrina e 20% (n=6) residem em outras cidades (Assaí, Cambé, Rolândia, Jaguapitã e Arapongas). Em um estudo recente (Skitnevsky, Trevisan, Tsujiguch, &

Sei, 2019), que teve como objetivo levantar as características do público infanto-juvenil que buscou atendimento também no SEP da UEL, foi observado que a maioria (80%) dos usuários residiam em Londrina. Os autores investigaram, ainda, a distribuição da população quanto à região na qual estavam domiciliados, observando-se que houve uma prevalência de pacientes residentes da região Norte (33,59%), seguido da região Oeste (24,21%), na qual o SEP se localiza.

Observando a amplitude de alcance do SEP da UEL, seja em relação a outras regiões da cidade ou às regiões metropolitanas, pode-se explicar sobre a importância dos SEP para a composição da rede de saúde mental do município e região. Considerando que a oferta de psicoterapia é considerada uma atividade de caráter extensionista, reflete-se sobre o papel social das Universidades e seus serviços. Ortolan, Sei e Victrio (2018), ao pesquisarem dois projetos de extensão vinculados ao SEP da UEL, notam a importância da atividade extensionista na construção e manutenção de políticas públicas em saúde mental.

Tanto a oferta da psicoterapia individual, como outras modalidades de atenção psicológica, tais como os projetos citados acima, o plantão psicológico e o grupo de dinâmicas, observa-se o quanto o SEP da UEL estabelece um rico diálogo com o campo da assistência social, da saúde mental e também da educação. Segundo Ortolan, Bezerra e Sei (2016), o SEP referencia e contrarreferencia os usuários de outros serviços do município e região, tais como, CAPS, UBS, CREAS, CRAS, escolas, hospitais, dentre outros.

Neste sentido, o SEP da UEL mostra-se um importante ativador da rede de atenção à saúde indicando, inclusive, a importância de se desenvolver novas práticas em saúde, além de propiciar a qualificação do futuro psicólogo para a atuação nas políticas de saúde e assistência social (Ortolan, Sei, & Victrio, 2018) e também com a intenção de tornar o SUS mais singularizado a cada usuário (Marturano, Silveiras, & Oliveira, 2014). Percebe-se que, na medida em que “a universidade cumpre a sua responsabilidade em ser mais um dispositivo de

atendimento ao usuário de saúde e não apenas um *locus* de produção de conhecimento” (Ortolan, Sei, & Victrio, 2018, p. 83), a prestação de serviço à comunidade por meio das atividades extensionistas promove a inserção, a integração e a comunicação do SEP junto à RAP.

Em relação à escolaridade da amostra, a prevalência se encontrou em 26,66% (n=8) com ensino superior incompleto, seguido de 23,34% (n=7) com ensino superior completo. Outras escolaridades se apresentaram: 13,34% (n=4) da amostra não completaram o ensino fundamental e a mesma porcentagem têm ensino fundamental completo. Em se tratando do ensino médio, 16,66% (n=5) completaram-no, e apenas 3,33% (n=1) não têm ensino médio completo. A amostra também contemplou 3,33% (n=1) de pacientes que têm pós-graduação.

Os dados aqui encontrados, em relação à escolaridade da amostra, assemelharam-se com a pesquisa de Pessota, Feijó, Costa e Benetti (2018), na qual a maioria da amostra (64,41%) não havia completado o ensino superior. Entende-se que a menor escolaridade, em tempo de estudo, é considerada uma variável interveniente no abandono da psicoterapia (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Hauck et al., 2007; Roos, & Werbart, 2013; Zimmermann, Rubel, Page, & Lutz, 2017).

Na pesquisa de Hauck et al. (2007), os autores observaram que, dentre os pacientes que desistiram do tratamento, a média de estudo era de 9,7 anos (ensino médio incompleto) – divergindo-se dos resultados encontrados na presente pesquisa e em Olán (2017), na qual a prevalência encontrada na caracterização amostral é de pacientes com escolaridade entre segundo grau completo e superior completo (42,7%). E por fim, a última variável de caracterização da amostra foi em relação à renda familiar. Houve uma prevalência de pacientes com dois a cinco salários mínimos⁷ de renda familiar (n=15; 50%), seguido de 33,34% (n=10) que declararam ter uma renda familiar de até dois salários mínimos, 10% (n=3) acima de cinco salários mínimos e 6,66% (n=2) não mencionaram a renda. Na pesquisa de Posada, Porras,

⁷ Considerar um salário mínimo R\$ 963,00 (média dos valores oficiais dos anos de 2017, 2018 e 2019).

Cano e Mateus (2017), a falta de recursos econômicos foi identificada como uma das variáveis relacionadas com o abandono da psicoterapia. Assim como na pesquisa de Hauck et al. (2007), Bueno et al. (2001), Wierzbicki e Pekarik (1993) e Dimenstein (1998).

Os resultados da pesquisa de Pessota, Feijó, Costa e Benetti (2018), no que compete à variável da renda familiar, aproximam-se dos encontrados nesta presente pesquisa. Com o objetivo de identificar quais fatores, entre variáveis sociodemográficas e clínicas, estariam associados ao abandono inicial das psicoterapias, os autores encontraram uma prevalência, entre os desistentes, de uma renda familiar de dois a cinco salários mínimos (46%), resultado este que também foi encontrado na presente pesquisa.

Os SEP buscam, primordialmente, atender o público de baixa renda, o qual não dispõe de recursos para o tratamento psicológico em clínicas particulares (Silva Filho, 2018). Neste sentido, ressalta-se o importante papel social deste serviço, além de contemplar uma formação discente para atuação profissional crítica e reflexiva em relação à desigualdade social e seus determinantes no processo saúde-doença (Melo-Silva, Santos, & Simon, 2005).

Ressalta-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia propõem uma formação comprometida com a atuação em diferentes contextos, considerando-os nos planejamentos institucionais dos serviços ofertados para a população (Ancona-Lopez, 2005). Entende-se, assim, o papel importante dos SEP nos atendimentos da população de baixa renda, a qual está atravessada por fatores estressores em função de suas condições precárias, enfatizando-se a necessidade de acompanhamento psicossocial (Siqueira, 2015).

A partir do que foi exposto até aqui, algumas considerações merecem destaque. Entende-se que as características sociodemográficas, tais como idade, gênero e local de residência exercem alguma influência na adesão ao tratamento, todavia, a interação destas com aspectos clínicos do caso, da idade paciente-terapeuta, do profissional e da instituição

proponente do serviço, são o que determinam a intensidade desta influência (Issakidis & Andrews, 2004).

Em se tratando do tratamento psicanalítico, Hauck et al. (2007) avaliaram que, para um melhor aproveitamento é importante uma condição intelectual satisfatória, na medida em que o processo psicoterapêutico psicanalítico exige capacidade de abstração e simbolização. Na pesquisa dos autores foi encontrada uma tendência a maior escolaridade, melhor nível socioeconômico e inteligência avaliada clinicamente como média e superior no grupo que não abandonou seus processos psicoterapêuticos.

5.1.1.8 Variáveis Clínicas

A Figura 2 mostra a caracterização da amostra por meio das variáveis clínicas, como: presença de sintomas físicos (n=18; 60%); em tratamento médico (n=10; 33,33%); uso de medicação contínua (n=15; 50%); histórico anterior de psicoterapia (n=16; 53,33%).

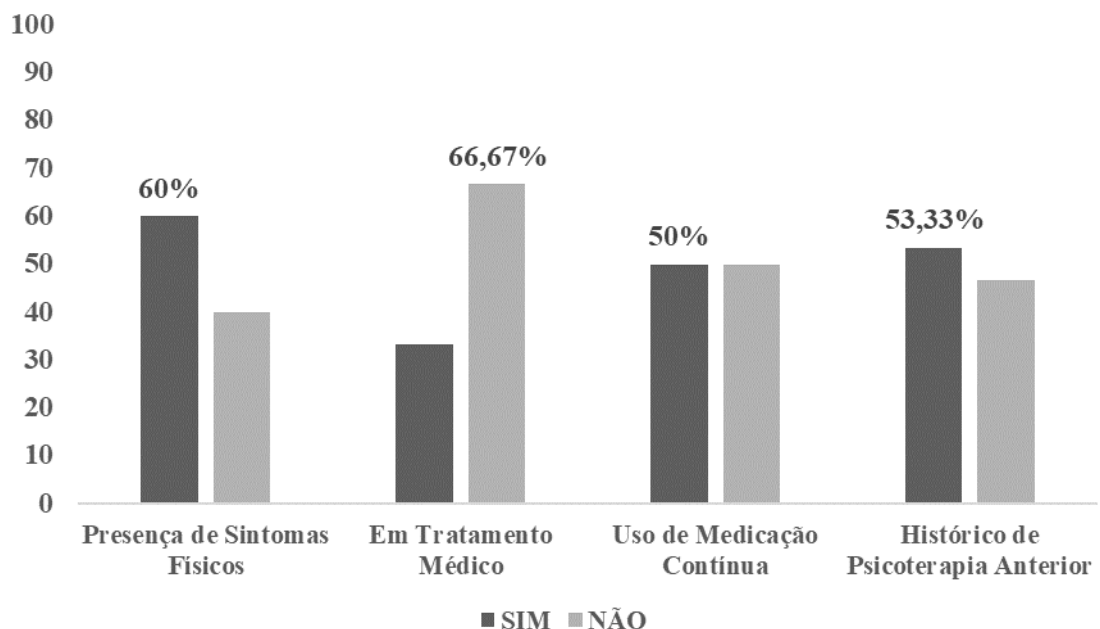


Figura 2 - Caracterização da amostra por dados clínicos.

A caracterização das variáveis clínicas da amostra ainda contempla o tempo de espera entre a triagem e a convocação para o atendimento, como mostrado na Figura 3. Foram

destacados no gráfico o maior e o menor tempo de espera, respectivamente, 12 meses e 29 dias ou menos. O tempo médio de espera foi de 5,11 meses, $DP=2,70797$.

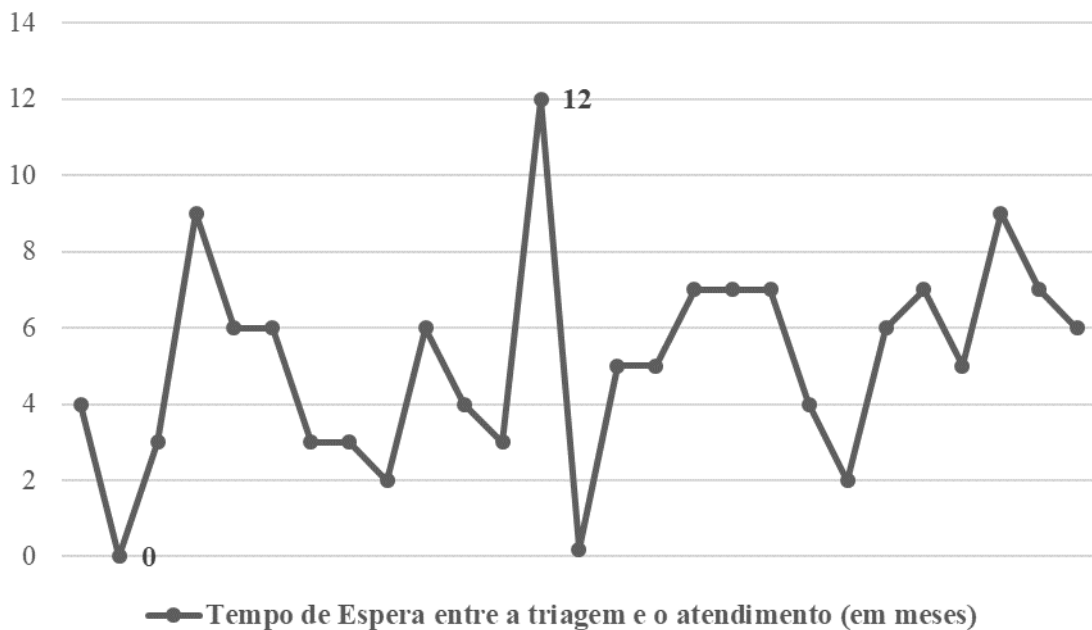


Figura 3 - Tempo de espera entre a realização da triagem e a convocação para o atendimento psicoterápico, medido em meses.

Antes das reformulações curriculares no curso de Psicologia da UEL, iniciadas a partir de 2014, com impacto para os estágios a partir de 2017 e 2018, as triagens eram realizadas pelos discentes do 4º ano no final do ano letivo, para início dos atendimentos no ano letivo seguinte. Posteriormente, quando a lista de espera ficou aberta em fluxo contínuo e com as mudanças curriculares, essa dinâmica acabou se modificando, gerando momentos diversos para realização das triagens. Adicionalmente, pode-se pensar que algumas pessoas fizeram triagens sem poderem ser absorvidas por uma determinada turma de estágio, tendo que aguardar a entrada de novos estagiários, justificando, assim, a heterogeneidade dos dados.

5.1.2 Segunda Fase da Coleta de Dados

Dentre os 30 ex-pacientes que interromperam seus tratamentos psicológicos depois da 12ª sessão nos anos de 2017 a 2019, 11 foram entrevistados. Após três tentativas de contato telefônico, em dias e horários alternados, foi feito também o contato via *e-mail*, todavia, não

foi possível contatar 13 ex-pacientes. Com os outros cinco ex-pacientes, foi possível o contato e agendada entrevista, mas os participantes não compareceram e não tiveram mais a intenção de remarcar-la. Um paciente não teve a intenção de participar da pesquisa. Assim, obteve-se um montante de 11 entrevistas realizadas e transcritas na íntegra para a análise dos dados.

A Tabela 5 mostra as informações de caracterização dos dados clínicos e institucionais dos participantes entrevistados, já identificados com nomes fictícios.

Tabela 5.

Caracterização dos dados clínicos e institucionais dos participantes entrevistados.

Participante e Idade	Queixa Inicial	nº de sessões	Abordagem	Psicoterapia Anterior
Ivonete (29)	Problemas de Saúde; Problemas no relacionamento familiar	14	Psicanalítica	Não
Rodrigo (20)	Não mencionado	24	Comportamental	Não
Roberta (23)	Baixa Autoestima	20	Psicanalítica	Sim
Sandra (35)	Problemas no relacionamento familiar	23	Psicanalítica	Sim
Elza (40)	Estresse e irritabilidade	19	Comportamental	Sim
Rogério (23)	Medos e inseguranças	26	Psicanalítica	Não
Jenifer (22)	Ansiedade	13	Comportamental	Sim
Beatriz (24)	Problemas no relacionamento familiar; Problemas no relacionamento interpessoal e timidez	28	Psicanalítica	Sim
Caio (20)	Ansiedade; Baixa autoestima; Problemas no relacionamento interpessoal e timidez	24	Psicanalítica	Sim
Vanessa (23)	Ansiedade; Problemas no relacionamento familiar	38	Psicanalítica	Não
Vera (53)	Ansiedade	15	Psicanalítica	Sim

Fonte: Autor.

Compondo, então, a segunda fase da coleta de dados (as entrevistas), obteve-se amostra de 11 participantes (n=11). Como mostrado na Tabela 5, dentre estes, oito são mulheres e três, homens. Em relação às queixas iniciais, a ansiedade ganha destaque, com uma incidência em quatro pacientes, juntamente com a queixa de problemas no relacionamento familiar, também encontrada em quatro pacientes. A queixa de baixa autoestima esteve presente em dois pacientes, e a queixa de problemas no relacionamento interpessoal e timidez também com incidência em dois pacientes. As queixas relacionadas a problema de saúde (n=1), estresse e irritabilidade (n=1) e medos e inseguranças (n=1) também foram encontradas na amostra. Ressalta-se que em uma das fichas de desligamento, a queixa inicial não foi relatada (n=1).

Em relação ao total de sessões realizadas por cada paciente antes do abandono da psicoterapia, obteve-se uma média de 22,18 sessões (DP= 7,23627). No que tange às abordagens teóricas dos atendimentos, oito pacientes foram atendidos pela psicanálise e três pela comportamental. O histórico de psicoterapia anterior também foi mostrado na Tabela 5, observando-se que quatro pacientes não tinham experiências anteriores com o processo psicoterápico e sete já haviam feito psicoterapia ao longo da vida.

5.2 ENTREVISTAS

Os dados coletados mediante as entrevistas serão aqui expostos a partir das três grandes temáticas apriorísticas, baseadas nas perguntas norteadoras da entrevista semidirigida: a) Expectativas em relação à psicoterapia; b) Sobre o processo psicoterapêutico; e c) Sobre o abandono da psicoterapia. Entendendo-se que as temáticas das expectativas e sobre o processo psicoterapêutico se formam na medida em que têm a finalidade de introduzir a questão do abandono da psicoterapia, estas não serão apresentadas e discutidas nesta seção. Já a terceira temática, relacionada aos motivos do abandono da psicoterapia, por se tratar do objetivo proposto na pesquisa, será apresentada e discutida em suas subcategorias.

5.2.1 Sobre o Abandono da Psicoterapia

A partir das transcrições na íntegra das entrevistas, estas foram tabuladas em três colunas, referentes a cada grande temática apriorística. As falas dos participantes foram codificadas com a letra inicial dos nomes fictícios e numeração de acordo com a sequência crescente de falas selecionadas para ilustrar as subcategorias.

Após a leitura sistemática das entrevistas, referente à temática sobre o abandono da psicoterapia foram criadas três categorias de análise: Motivos do Abandono, Reação do terapeuta frente ao abandono e Implicações Institucionais. Em algumas das categorias teve-se a necessidade da criação de subcategorias para uma melhor apreciação analítica.

5.2.1.1 Motivos do abandono da psicoterapia

Nas entrevistas com os 11 participantes, foram identificadas 15 menções sobre os motivos pelos quais o paciente decidiu interromper o seu processo psicoterapêutico. Neste sentido, dentro da grande temática apriorística Sobre o Abandono da Psicoterapia, a primeira categoria *a posteriori* criada foi Motivos do Abandono da Psicoterapia. Dentro desta categoria, foram criadas seis subcategorias, como mostra a Tabela 6: Relação com o terapeuta e suas atitudes (quatro menções); Indisponibilidade de Horários e Dificuldade no Deslocamento (oito menções); Troca de terapeuta (duas menções); Insatisfação com os efeitos e resultados (uma menção); Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao Tratamento (uma menção).

Tabela 6.

Categoria de análise Motivos do Abandono da Psicoterapia.

Categoria Motivos Abandono da Psicoterapia			
Sub Categoria	Nº de Menções	Código	Fala do participante
Relação com o terapeuta e suas atitudes	4	I-10	“[conversou com uma amiga sobre a terapeuta não estar lhe fazendo bem , e a amiga lhe sugeriu pedir para trocar de terapeuta] <i>mas ficava chato, então achei melhor eu me desligar</i> ”.
		B-09	“ <i>O que me incomodou, e que eu acabei me desligando [...] foi essa instabilidade, essa inconstância</i> [sobre o terapeuta desmarcar as sessões em cima da hora]. [...] <i>eu entendo que imprevistos acontecem [...], mas eu ficava bastante incomodada [...] eu recebia uma mensagem</i> [do terapeuta] <i>falando ‘olha, não vai dar hoje’, então era muito em cima</i> [da hora], <i>e tinha uma certa frequência: ‘ah, não consegui sala’, ‘ah, não vai dar hoje’</i> ”.
		B-12	“ <i>O que eu considereei a gota d’água foi um dia de feriado [...] e eu questioneei</i> [o terapeuta] <i>‘vai ter sessão?’, e ele ‘vai ter normal’</i> . <i>Acho que tinha mudado o horário, porque ficava mudando e a gente tinha marcado de manhã [...] e eu fui, só que eu moro do outro lado da cidade [...] e eu cheguei lá e estava tudo fechado, não tinha ninguém, as portas fechadas, e aí eu fiquei esperando um tempo e ninguém chegava, e eu fiquei muito brava, muito chateada e fui embora</i> ”.
		B-13	“ <i>Na semana seguinte eu descobri que ele estava muito bravo porque ele foi à tarde [...] e foi uma sessão muito tensa, eu acabei fazendo porque eu já estava ali mesmo, e foi ali que eu acabei desistindo</i> . <i>Porque eu percebi que eu não ia mais, eu não tinha mais como, estava uma situação tensa, eu não ia mais conseguir me abrir, eu não ia mais conseguir conversar como antes [...] eu percebi que eu não ia conseguir dar continuidade e aí eu acabei desistindo</i> ”.
Indisponibilidade de Horários e Dificuldade de Deslocamento	8	I-11.2	“ <i>Já estava difícil para mim também ir, aí juntou uma coisa com a outra e eu resolvi me desligar do tratamento. [...] Eu falei que estava muito difícil para mim ir mesmo, que estava puxado, porque os horários é [sic] bem complicadinho, e os horários dela também não estavam muito bem batendo, aí foi ligando uma coisa com a outra e eu resolvi encerrar</i> ”
		E-8	“ <i>Quando ela ligou</i> [a terapeuta] <i>eu falei que o emprego não deixava</i> [voltar para a terapia após o recesso acadêmico], <i>que eu não podia</i> ”.
		V-7	“ <i>Eu tinha conversado com a pessoa</i> [a terapeuta] <i>que eu não podia mais naquele horário</i> [por conta dos novos horários do semestre, na faculdade], <i>e aí ela adiantou minha sessão, só que [...] tinha dia que não tinha ninguém para me ajudar</i> [nos

experimentos da disciplina], e aí eu cheguei a ligar várias vezes ou mandar WhatsApp que eu não poderia participar [...]. Falei ‘interesse eu tenho, mas **eu não consigo me organizar melhor**’, e aí eu pedi o desligamento então”.

VE-14 “Aí um dia ela [a secretária da clínica] avisou que ia ter entrevista, e eu falei: ‘agora não posso’. Eu dei um tempo, porque daquela vez eu estava trabalhando, eu não pude ir”.

J-12.2 “Acho que começou a **correria da faculdade** e eu terminei”.

S-9 “Eu não tinha mais **disponibilidade** à tarde [por conta do novo emprego]. Então talvez se fosse num sábado, provavelmente eu teria continuado, se tivesse outra disponibilidade, mas não tinha na época. [...]. Aí eu agradei: ‘obrigada, agora eu estou trabalhando e **não tenho disponibilidade**’”. [...] Mas realmente não dava mais, o horário que eu tinha era impossível, eu não ia abrir mão do emprego que eu sempre quis, né [risos]”.

RO-8 “Na época eu tinha muita coisa para fazer, eu estava trabalhando, estava fazendo outro curso e era integral. **Eu não tinha tempo para fazer**, então acabei não aceitando [retomar a terapia com outra psicóloga após o recesso], mas foi justamente por não dar tempo, porque na época eu queria”.

R-6 “Foi por conta de **não conseguir me deslocar até Londrina** no horário que tinha possibilidade. A gente tentou encaixar alguns horários, mas era impossível”.

Troca de terapeuta	1	J-9	“Ele se formou. Aí eu comecei com outra psicóloga, aí eu desanimei . Não que a pessoa não fosse boa, sabe? Eu não dei nem chance para ela, eu fui uma vez na terapia e já parei. Mas foi o negócio de terminar e começar com outra pessoa . [...] Eu ia ter que começar tudo de novo, sabe? Porque a pessoa vai ter que me conhecer, tudo de novo, vou ter que contar minha história novamente. Então parece que a gente [a paciente e a primeira terapeuta] acabou ali, parou e não teve tempo de voltar”.
Insatisfação com os efeitos e resultados	1	I-9	“Eu resolvi desistir, porque estava me levando para um caminho que não era aquilo que eu queria ”.
Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao Tratamento	1	RA-11	“Era mais a preguiça . Eu tenho muita preguiça de fazer [terapia], de sair do meu convívio”

A primeira subcategoria a ser analisada é a Relação com o Terapeuta e suas Atitudes (quatro menções). Dois participantes, Ivonete e Beatriz, relataram problemas na relação com seus terapeutas, associando-os com as suas escolhas de abandonar os tratamentos. Ivonete relata que a terapeuta não estava lhe fazendo bem, o que pode ser também visto na subcategoria de Insatisfação com os Efeitos e Resultados do processo psicoterápico, no qual Ivonete diz resolver desistir da terapia “*porque estava me levando para um caminho que não era aquilo que eu queria*” (I-9).

Já Beatriz narra sucessivas situações que a incomodaram em seu terapeuta, ocasionando sua desistência do processo. A participante conta que ficava bastante incomodada com a instabilidade e inconstância do seu terapeuta, principalmente em relação aos horários das sessões, nos quais o terapeuta desmarcava em cima da hora (B-09). Uma situação, então, foi apontada pela participante como “*a gota d’água*” (B-12), na qual ela vai à sessão e “*estava tudo fechado, não tinha ninguém, as portas fechadas, e aí eu fiquei esperando um tempo e ninguém chegava, e eu fiquei muito brava, muito chateada e fui embora*” (B-12).

Como narrado por Beatriz, aparentemente houve uma confusão em relação ao horário da sessão, à qual ela foi em um horário e o terapeuta em outro. Na próxima sessão, Beatriz percebe seu terapeuta muito bravo, “*foi uma sessão muito tensa*” (B-13), e, a partir disto, percebe que “*não ia mais conseguir me abrir, eu não ia mais conseguir conversar como antes*” (B-13) e desiste do processo psicoterápico.

Já a relação com o terapeuta, como apontado por Pinheiro (2002), é um fator associado fortemente com o abandono da psicoterapia. A aliança terapêutica tem sido um fator frequentemente associado à interrupção do tratamento (Hauck et al., 2007; Manubens, Roussos, Ryberg, & Penedo, 2018; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006; Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007). Segundo Piper et al. (1999), analisando o processo psicoterapêutico do grupo de

desistentes da psicoterapia, observaram que desde o início do processo a aliança terapêutica não havia se consolidado adequadamente.

Ao pesquisarem as rupturas de alianças terapêuticas como um fator que contribui para o abandono da psicoterapia, Safran e Muran (2006) entendem que, se estas rupturas não forem resolvidas, inclusive como uma oportunidade terapêutica de utilizar estratégias de resolução de conflitos, por exemplo, de fato o processo psicoterápico tende a ser abandonado. Neste sentido, entende-se a necessidade do estabelecimento de uma aliança de melhor qualidade para possibilitar a realização do tratamento psicoterápico (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Silva Filho, 2018).

Com um enfoque na posição do terapeuta nesta aliança, Olán (2007) ressalta que tanto a percepção do paciente quanto características negativas do terapeuta (como impontualidade, pouca amabilidade e inexperiência) predispõem que o paciente abandone a psicoterapia. Sobre as variáveis intervenientes relacionadas ao terapeuta, discutir-se-á melhor na categoria Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia.

Tendo em vista que a subcategoria de Insatisfação com os Efeitos e Resultados teve uma menção, encontrada no relato de Ivonete, atenta-se agora a esta subcategoria. A participante narra que a psicoterapia estava “*me levando para um caminho que não era aquilo que eu queria*” (I-9), e este fora um fator para o abandono da psicoterapia. Nos estudos de Nichols e Pekarik (1992), foi encontrado que a satisfação com o tratamento foi fator único na associação com a continuidade da psicoterapia. Os autores observaram que, quanto mais os pacientes se sentiam insatisfeitos com os seus processos psicoterápicos, maiores eram as chances de abandono, mesmo o paciente tendo reconhecido grau de melhora como resultado da terapia. A satisfação com o tratamento, percebida pelo paciente com a obtenção dos benefícios esperados, também foi associada à continuidade da psicoterapia na pesquisa de Valle, Viegas, Castro e Toledo Jr. (2000) e de Pessota, Feijó, Costa e Benetti (2018).

Com oito menções, a subcategoria Indisponibilidade de Horários e Dificuldade de Deslocamento foi narrada por oito participantes como um fator para o abandono da psicoterapia. Ivonete entende que a questão da incompatibilidade de horários entre ela e a terapeuta também contribuiu para o seu desligamento (I-11.2). A indisponibilidade de horários por conta de readequações na organização do tempo do paciente, seja por conta de novo emprego (E-8; VE-14; S-9) ou por mudanças nas grades curriculares e sobrecarga da faculdade (V-7; J-12.2; RO-8) também foram fatores associados pelos participantes ao abandono da psicoterapia. Estes dados corroboram com Benítez, Bastidas e Camargo (2009), que entenderam que, com relação às variáveis ambientais que se relacionam com o abandono da psicoterapia, as mudanças de atividade após a virada do ano (trabalho, estudo, entre outros) foram intervenientes.

Como foi encontrado na caracterização sociodemográfica da amostra, o SEP da UEL recebe pacientes de Londrina e região metropolitana, o que pode acarretar dificuldades no deslocamento do paciente ao serviço, aumentando também as chances de incompatibilidade de horários (variáveis como horário de ônibus, entre outros). Este foi o caso de Rogério, que abandona a psicoterapia por “*não conseguir me deslocar até Londrina no horário que tinha possibilidade*” (R-6).

Dentre as variáveis que podem estar associadas ao abandono da psicoterapia é a localização do serviço e, conseqüentemente, o acesso a ele (Prebianchi, 2011; Farias, Alves, & Vieira, 2020). A distância do local de atendimento foi uma variável identificada com frequência nos casos de abandono da psicoterapia (Bueno et al., 2001). Segundo Silvares (2000), geralmente os serviços-escola brasileiros estão situados nos centros universitários, distante do território de referência da maior parte dos usuários.

O estudo, aqui já mencionado, de Skitnevsky, Trevisan, Tsujiguch e Sei (2019) observaram que há uma prevalência de pacientes atendidos no SEP da UEL que advém da região Norte do município, e 20% residentes fora de Londrina (mesma porcentagem encontrada

neste presente estudo, na caracterização da amostra de pacientes que abandonam a psicoterapia). Ressalta-se novamente que o SEP se encontra na região Oeste da cidade, e o participante Rogério, por exemplo, residia na região metropolitana da cidade. Segundo Silva Filho (2018), embora os usuários tenham acesso gratuito aos serviços-escola, as pessoas não dispõem de condições financeiras para se locomover até o serviço para obter atendimento.

Com relação à indisponibilidade de horários, a pesquisa de Chilelli e Enéas (2000), que teve como objetivo investigar a desistência em psicoterapia breve, tanto em aspectos do processo quanto na opinião de pacientes, revelou que a incompatibilidade de horários entre paciente e terapeuta foi o fator mais referido para interromper a terapia. Farias, Alves e Viera (2020), com o objetivo de aprofundar o entendimento das causas que levam ao abandono da psicoterapia em um serviço-escola de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), observaram que muitos pacientes abandonavam os atendimentos quando conseguiam um trabalho. Os autores discutem que, como o serviço-escola funciona no expediente comercial “no caso de quem trabalhava, não continuava a ir às sessões por não terem a permissão em seus empregos de ficarem disponíveis para o atendimento no horário que o serviço dispunha” (p. 233). Em outros casos identificados na pesquisa dos autores, o paciente até solicitava mudar o horário de atendimento, mas não havia compatibilidade com a agenda de nenhum estagiário. Foi o caso de Rogério, “*A gente tentou encaixar alguns horários, mas era impossível*” (R-6).

Como exposto na seção metodológica sobre o campo de estudo, o SEP da UEL funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, sendo que de segunda a quarta-feira o horário de expediente se estende até às 21h. Neste sentido, entende-se que esta é uma implicação institucional que, assim como toda instituição, acarreta em uma dificuldade de acesso a todos. É o caso de Sandra que, após conseguir o emprego dos sonhos, perde sua disponibilidade de horários anterior e entende que se houvesse atendimentos aos sábados, por exemplo, ela teria

continuado o seu processo psicoterapêutico (S-9). Será atentado às implicações institucionais no abandono psicoterapêutico logo a seguir.

Outra subcategoria de análise em relação aos motivos do abandono da psicoterapia, a Troca de Terapeuta, foi mencionada por um participante. Jenifer trocou de terapeuta, pois o primeiro havia se graduado. Esta troca foi motivo de descontinuidade no processo terapêutico da participante, ela desanimou, pois “*eu ia ter que começar tudo de novo*” (J-9). Jenifer ressalta que seu desânimo com “*a outra psicóloga*” (J-9) não dizia respeito à competência desta, na medida em que a participante foi apenas a uma sessão e já abandonou. Observa-se que a troca de terapeuta foi um momento importante de ruptura para Jenifer: “*a gente acabou ali, parou e não teve tempo de voltar*” (J-9).

A mudança de terapeuta é apresentada como um dos principais motivos de interrupção do tratamento em instituições de ensino (Benítez, Bastidas, & Camargo, 2009; Farias, Alves, & Vieira, 2020). Segundo Farias, Alves e Vieira (2020), mesmo que não tenha nenhum registro explícito de abandono da psicoterapia nas fichas de desligamento por motivos de mudança do terapeuta, sabe-se que isto, próprio do movimento institucional de mudanças de turma do curso, pode ter efeitos sob os tratamentos. Os autores exemplificam esse efeito com a fala de uma mãe de um paciente, a qual verbaliza que só gostaria que o filho retomasse os atendimentos quando fosse com uma estagiária que pudesse lhe atender por mais tempo. Todavia, nos estudos de Silva Filho (2018), o autor pontua que, embora exista certa rotatividade de terapeutas nos SEP, este fator, como motivo de abandono da psicoterapia, não se mostrou tão alto nos resultados de sua pesquisa (14%).

E por fim, tem-se a subcategoria referente à Indisponibilidade Subjetiva do Paciente ao tratamento. Roberta relata que os motivos pelos quais desistiu da psicoterapia diziam respeito à preguiça que ela sentia: “*Era mais a preguiça. Eu tenho muita preguiça de fazer [terapia], de*

sair do meu convívio” (RA-11). Em um estudo com pacientes do SEP da Universidade de Barcelona, 43,8% deles abandonaram seus tratamentos por conta da baixa motivação com o tratamento (Bados, Blaguer, & Saldaña, 2007).

A falta de motivação para o tratamento, segundo Posada, Porras, Cano e Mateus (2017) é considerada uma indisponibilidade subjetiva do sujeito para o processo psicoterapêutico, assim como sua baixa vontade em mudar (Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2015). Ambos os grupos de autores indicam em seus estudos que pacientes com menor disponibilidade subjetiva para o processo psicoterápico podem abandonar o tratamento.

A partir dos expostos até aqui, corroborando com os resultados de Prebianchi (2011), parece mais provável que os índices de abandono estejam relacionados às dimensões processuais e estruturais do tratamento e da instituição de oferta do serviço, as quais, muitas vezes, principalmente em se tratando de usuários desprotegidos socialmente, revela-se incompatível com as condições reais de vida destes.

5.2.1.2 Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia

A segunda categoria *a posteriori* criada em relação ao eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia, como apresentado na Tabela 7. Nesta categoria houve três menções, nas quais os participantes relataram como os terapeutas reagiram frente a suas decisões de interromperem seus tratamentos.

Tabela 7.

Categoria de análise Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia.

Categoria Reação do Terapeuta Frente ao Abandono da Psicoterapia		
Nº de Menções	Código	Fala do participante
3	E-9	“[a terapeuta] <i>andou ligando, para eu voltar</i> , [perguntou] ‘ <i>por quê parou?</i> ’, <i>sempre ligava</i> ”.
	J-11	“[a terapeuta] <i>falou para eu tentar</i> . <i>A gente conversou pelo WhatsApp uma vez, mas eu não fui mais</i> ”.
	S-11	“ <i>A terapeuta tentou me ligar várias vezes e nunca dava certo, porque eu estava no horário de trabalho [...]. Ela tentou me ligar várias vezes, até que um dia ela conseguiu falar comigo [...]. Ela foi gentil, ela tentou fazer com que eu mantivesse [a terapia]</i> ”

Fonte: Autor.

Todos os participantes citados na Tabela 7, relataram que os terapeutas insistiram para que eles continuassem na terapia. Elza relatou que a terapeuta ligava com uma certa frequência, seja pedindo para que ela voltasse seja indagando-a pelo motivo do desligamento. Já Jenifer disse que conversou com a sua terapeuta pelo *WhatsApp*, que insistiu que ela tentasse continuar a terapia. E Sandra narrou as tentativas de contato telefônico que a terapeuta fez, até que, enfim, conseguissem se falar, diálogo no qual a terapeuta tenta convencê-la de tentar mais um pouco a psicoterapia.

De acordo com Coutinho, Ribeiro, Sousa e Safran (2014), de maneira geral, os terapeutas não têm conhecimento do que fazer em face de episódios de abandono unilateral pelo paciente. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de formação dos estagiários em relação ao fenômeno, principalmente no que concerne à detecção de rupturas de alianças terapêuticas e também ao desenvolvimento de estratégias para manejá-las (Manubens, Roussos, Ryberg, & Penedo, 2018). Segundo Gabbard (2005), é um erro de contratransferência quando há uma dificuldade do terapeuta em aceitar o término unilateral do tratamento. O autor ressalta que a

não aceitação do profissional diz sobre suas próprias ambições perfeccionistas em relação ao tratamento e à cura do paciente.

Observou-se que a reação do terapeuta frente ao paciente abandonar a psicoterapia tratou-se de ser o convencimento do paciente a permanecer no tratamento. Piper et al. (1999), em análises das últimas sessões anteriores ao abandono, verificaram que a relação terapeuta-paciente foi marcada por questões de poder, na medida em que há um engajamento de disputa entre a díade em relação à continuidade do tratamento. Mantovani, Marturano e Silvaes (2010) ressaltam que é importante considerar que o abandono da psicoterapia possa estar relacionado também à dificuldade dos estagiários em manejar os atendimentos.

5.2.1.3 Implicações Institucionais

A terceira e última categoria *a posteriori* criada para contemplar a análise do eixo temático Sobre o Abandono da Psicoterapia foi a categoria denominada Implicações Institucionais, como mostra a Tabela 8. A categoria de Implicações Institucionais, para fins de análise, foi dividida em três subcategorias: Falta de Encaminhamento (quatro menções), Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica (três menções) e Atravessamentos da Gratuidade do Serviço (uma menção).

Tabela 8.

Categoria de análise Implicações Institucionais.

Categoria Implicações Institucionais			
Sub Categorias	Nº de Menções	Código	Fala do participante
Falta de Encaminhamento	4	C-7	<i>“Eu queria continuar na terapia na UEL [...] perguntei se poderia continuar com outro terapeuta [...] ficou enrolado, ‘será que pode, será que não pode’, e eu acabei me desligando sem exatamente dizer que eu queria me desligar”.</i>
		VE-13	<i>“Entrou em recesso, perguntei para a secretária da clínica e ela disse: ‘agora a gente vai fazer uma nova agenda, quando fizer eu te aviso’. [...] E ninguém mais ligou para mim”.</i>
		RO-6	<i>“Ela se formou, então ela simplesmente falou que a gente não ia mais continuar com a terapia, com as consultas. Eu simplesmente acatei”.</i>
		RO-9	<i>“[sobre a possibilidade de retomar a terapia com outro psicólogo] eu fiquei sabendo só quando me ligaram, achei que havia encerrado, que não iria ter mais”.</i>
Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica	3	R-9	<i>“A gente já estava tentando resolver os horários, mas pelo o que me lembro, a agenda da clínica não teria outros horários [...] não batiam o horário da clínica em si, não tinha nenhum outro terapeuta que teria horário após isso [19h]”.</i>
		VE-15	<i>“Eu acho que se não tivesse o recesso, eu acho que eu teria conseguido [continuar a terapia]”</i>
		V-8	<i>“Teve uma semana que eu fiquei com dengue, não consegui ir na sessão, expliquei, e aí a pessoa me falou que eu tinha excedido a quantidade de faltas”.</i>
Atravessamentos da gratuidade do serviço	1	V-9.1	<i>“Eu preferi deixar a vaga para outra pessoa que poderia ir no meu lugar”.</i>

Fonte: Autor.

No que compete à subcategoria Falta de Encaminhamento, observa-se que os participantes desconheciam a possibilidade de continuarem seus processos terapêuticos após a formação do terapeuta. Foi o caso de Caio e Rogério. Ambos relataram que o estagiário não

informou se poderiam continuar a terapia, sendo, inclusive, uma demanda do paciente: “*Eu queria continuar na terapia na UEL [...] perguntei se poderia continuar com outro terapeuta [...] [e ele] ficou enrolado, ‘será que pode, será que não pode’*” (C-7). Já Rogério, após ter acatado a fala da terapeuta de que esta iria se formar e então o processo seria encerrado (RO-6), se surpreende ao ser contatado pelo SEP o convidando para continuar a psicoterapia com outro estagiário (RO-9).

O caso de Vera diz respeito à falta de encaminhamento do próprio SEP, não necessariamente do estagiário. A participante relata que, em sua última sessão antes do recesso, pergunta sobre o próximo ano e secretária lhe diz que uma nova agenda será feita e que entrariam em contato, todavia Vera relata que não recebeu nenhum telefonema para a retomada a psicoterapia (VE-13).

A segunda subcategoria em relação às implicações institucionais no abandono da psicoterapia trata-se das Regras e Funcionamento da Clínica Psicológica. Rogério, frente às novas adequações de sua rotina de estudo e trabalho, precisou modificar seu horário de atendimento para o período noturno, “*mas pelo o que me lembro, a agenda da clínica não teria outros horários [...] não batiam o horário da clínica em si, não tinha nenhum outro terapeuta que teria horário após isso [19h]*” (R-9).

No caso de Vera, uma das regras de funcionamento da clínica que influenciaram a decisão dela de desistir do processo psicoterapêutico foi o recesso acadêmico da UEL e a suspensão dos atendimentos durante este período: “*Eu acho que se não tivesse o recesso, eu acho que eu teria conseguido [continuar a terapia]*” (VE-15). O recesso acadêmico realizado no fim do ano e, conseqüentemente, a interrupção do processo psicoterapêutico, cabendo ao paciente decidir se retoma seu atendimento no outro ano, com outro terapeuta, ou se desiste do processo, evidencia também a questão do tempo na psicoterapia ofertada nos SEP (Aires, 2019). Considerar os recursos do terapeuta e da instituição, reconhecendo seus limites e

potencialidades, é importante ao se pensar a oferta de atendimentos psicológicos por serviços-escola, principalmente a questão do fluxo temporal imposto pelo calendário escolar (Rocha et al., 2016).

Considerando principalmente a perspectiva da psicanálise, entende-se que o estagiário frente ao sintoma, diferentemente do modelo biomédico, o qual se trata da eliminação do sintoma, deva, antes de tudo, interrogar, ouvir e interpretar o que não pode ser enunciado pelo sujeito, deslocando-se para o sintoma. Esta atitude frente ao sintoma do paciente está intrinsecamente ligada com a questão do tempo lógico, um tempo de compreender, o qual se faz importante para que as repetições sejam compreendidas (Lopes & Ribeiro, 2020). Todavia, ao se deparar com a demarcação do tempo real, cronológico, como, por exemplo, o sabido *a priori* de que no fim do ano haveria um recesso e o estagiário se formaria, interrompendo, então, o processo com o paciente, evidencia um desafio, questão importante para o tratamento psicanalítico ofertado nas instituições, que é o de fazer uma conciliação produtiva entre o tempo de compreender com o tempo do calendário acadêmico.

Outra regra da clínica é em relação às faltas do paciente. O termo assinado no início do atendimento contém a informação, além de ser pactuado com o paciente a questão das faltas no processo, havendo, assim, uma normatização de número de ausências (que pode implicar em encerramento do tratamento). Estava estipulado que o paciente, para manter sua vaga na clínica, não poderia faltar em mais de 30% dos atendimentos. A pesquisa de Silva Filho (2018) se propôs a caracterizar os encerramentos dos atendimentos de adultos realizados no SEP da Universidade Federal de Campina Grande-PB. Foram analisadas 434 fichas e 87% da amostra faltaram, pelo menos, uma vez, sendo a média de faltas justificadas por usuário de 4,01. As faltas do paciente em um trabalho clínico orientado pela psicanálise são material de análise. Com a implicação institucional que legisla as faltas do paciente, sendo que, às vezes, podem

ser usadas pelo terapeuta ou entendidas pelo paciente como forma de controle, perde-se a pureza analítica destes dados, na medida em que o *setting* fica condicionado às regras institucionais. Em uma clínica psicanalítica, interpretar as faltas do paciente ao longo do seu tratamento contribui para a identificação das resistências ao trabalho.

Os Atravessamentos da Gratuidade do Serviço foi outra subcategoria *a posteriori* criada em relação às implicações institucionais no abandono da psicoterapia. Vanessa relata que preferiu deixar a vaga de atendimento para outra pessoa, que talvez precisasse mais que ela. Neste sentido, discutem-se os efeitos psíquicos referentes à gratuidade nesse tipo de atendimento, em uma perspectiva da psicanálise.

O tratamento gratuito foi debatido por Freud (1913/1976a), o qual entende que a gratuidade não implica, necessariamente, um obstáculo. Todavia ele ressalta que isto dependerá da posição subjetiva do paciente, principalmente. Lopes e Ribeiro (2020) entendem que os ganhos secundários da neurose somados à condição imposta pela pobreza podem contribuir para a manutenção de um lugar subjetivo no qual o paciente pode retratar sua hipossuficiência diante dos percalços da vida. Neste sentido, é pertinente discorrer sobre o lugar simbólico que o dinheiro ocupa e os efeitos, então, da gratuidade, o não pagamento em dinheiro, no tratamento ofertado pelo SEP.

É no âmbito do dinheiro que se observam as manifestações das consequências psíquicas das fixações ao longo da organização da libido: “a relação de cada sujeito com o dinheiro está estruturalmente referida a um certo tipo de exigência pulsional que pode se manifestar de modo autoerótico na transferência durante o trabalho analítico” (Lopes & Ribeiro, 2020, p.46). Há uma ligação, segundo Freud (1900/1976b), entre o ouro e as fezes. A zona erógena anal, na segunda fase do desenvolvimento psicosssexual do sujeito, torna-se produtora de satisfação, na criança, no ato de reter as fezes ou de defecar. Neste tempo, as fezes ganham o significado de

presente que é ofertado à mãe, como dom de amor (Lacan, 1956-57/1995). A criança se vê diante de uma escolha: reter as fezes em prol da preservação da atitude narcísica, fazendo manutenção a um tipo de satisfação autoerótica, ou defecar, significando a escolha de sacrificar seu autoinvestimento em nome do amor à mãe (Lopes & Ribeiro, 2020).

Considerando o atravessamento do complexo de castração que condiciona a entrada dos objetos substitutos na série de significações fálicas (graças ao mecanismo de deslocamento), a equivalência das fezes ao dinheiro pode ser feita. E é por isso que “alguns indivíduos apresentam, no que se refere ao trato com o dinheiro, as mesmas características que retratam a sua relação com o objeto anal” (Lopes & Ribeiro, 2020, p. 47). O dinheiro assume um lugar privilegiado quanto objeto na medida em que este é um representante social que serve como mediador de diferentes trocas.

Nas recomendações freudianas para os que iniciam a jornada de formação de analista (Freud, 1913/1976a), o autor discorre sobre os honorários que os pacientes precisam pagar para fazer o tratamento, principalmente pelo fato de que é possível observar que, no valor que cada um atribui ao dinheiro, estão envolvidos poderosos fatores sexuais (Lopes & Ribeiro, 2020). Mesmo Sigmund Freud considerando que a gratuidade não implica, necessariamente, um obstáculo ao tratamento, este considerou importantes atravessamentos que poderiam comprometer o trabalho psíquico do paciente. O autor adverte, por exemplo, em relação ao valor cobrado pelas sessões, que este não pode ser muito pouco, pois isto ameaçaria o valor de todo o tratamento em si. Esta consideração faz-se pertinente na medida em que Freud entende que, uma vez estabelecidos honorários justos e coerentes, tratado com honestidade e sem pudor, isto poderia funcionar como importante barreira à contratransferência (Freud, 1913/1976a), além de ter um efeito regulador sobre a satisfação pulsional do paciente. Neste sentido, o tratamento gratuito, embora possível, não é recomendado por Freud (1913/1976a), pois poderia

produzir um aumento das resistências dos neuróticos, “além de não fornecer ao paciente nenhuma razão para que ele queira terminar o seu tratamento” (Lopes & Ribeiro, 2020, p.48).

A discussão que tange a gratuidade do trabalho analítico impulsiona alguns questionamentos: como isto comparece na transferência? A questão se faz ainda mais complexa quando há a mediação institucional universitária, em relação aos atendimentos psicológicos. Sabe-se (Aires, 2019; Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016) que, em um primeiro tempo, a relação transferencial estabelecida é entre o paciente e a instituição, na qual é o saber universitário que está em jogo. Algumas manobras são necessárias para que esta transferência também se estenda ao estagiário-terapeuta, entrando aqui a responsabilidade institucional do supervisor (Lopes & Ribeiro, 2020; Aires, 2019; Boesmans, Lopes Júnior, & Silveira, 2016; Heck & Kessler, 2015).

A transferência paciente-estagiário só pode ter a oportunidade de se configurar a partir do momento em que o último, por meio da introdução da função do supervisor, possa consentir com “o fato de que a remuneração não é recebida apenas através do dinheiro. [...] É preciso que fique claro para todos que o ganho que se pode obter pode ser de outra natureza” (Lopes & Ribeiro, 2020, p.51). Este outro ganho em questão trata-se do desejo de cada um da tríade paciente-estagiário-supervisor (Aires, 2019), a serviço de minimizar a contratransferência.

Provocar a hipossuficiência no paciente não permite a aparição da sua responsabilidade com o gozo. Do lado do analista e do supervisor, tanto a figura do filantropo quanto a do bom samaritano não são convenientes para o lugar do analista. Pelo contrário, a presença desses elementos não faz mais do que situar o projeto apenas no nível da gratuidade financeira e do tempo determinado, deixando de lado, por exemplo, o ganho de conhecimento do qual esse artigo é fruto e o ganho de conhecimento do paciente em relação ao seu próprio gozo (Lopes & Ribeiro, 2020, p.51).

Neste sentido, evidenciar esta outra economia, a do ganho do saber, para, então, poder vinculá-la à economia libidinal, segundo Lopes e Ribeiro (2020) retira a imagem do paciente

como um sujeito hipossuficiente e também retira a imagem do estagiário e do supervisor enquanto filantropos desinteressados em qualquer ganho advindo daquele trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contemplou em sua seção introdutória o cuidado à saúde mental na esfera pública, resgatando brevemente o histórico brasileiro em relação às políticas públicas e saúde a fim de entendermos o lugar da Psicologia na esfera do SUS e da política. A psicoterapia como uma das ofertas de serviço possível realizadas pela Psicologia comporta alguns entraves, principalmente quando alocada nas instituições, como o abandono do tratamento. Em uma revisão sistemática da literatura, vimos que uma multiplicidade de fatores está relacionada com o abandono da psicoterapia individual, tendo como principais as expectativas e objetivos do paciente com o seu tratamento, a disponibilidade subjetiva deste para o trabalho terapêutico, sua relação com o terapeuta, as técnicas e hipóteses adotadas pelo profissional, além de diagnósticos específicos mais suscetíveis ao se relacionar com o abandono da psicoterapia e variáveis ambientais diversas.

A análise do fenômeno do abandono da psicoterapia, neste trabalho, foi feita em uma perspectiva psicanalítica, tecendo diálogos entre a clínica psicanalítica e os SEP, ampliando a discussão para refletirmos sobre a psicanálise e as instituições. Neste escopo, evidenciamos três questões pertinentes à qualificação das discussões, como o ensino da psicanálise na universidade, o lugar da supervisão clínica e as transferências no exercício da clínica psicanalítica no SEP. Foi entendido que, em meio a potencialidades e limitações, a psicanálise se faz praticável nestes espaços institucionais, mediante arranjos e manobras, contemplando as questões imprescindíveis para um trabalho analítico.

Resgatando os objetivos iniciais da presente pesquisa, ao propor uma compreensão sobre os fatores associados ao abandono psicoterápico, entende-se que estes são múltiplos, como a relação com o terapeuta e suas atitudes, a indisponibilidade de horários e dificuldade no deslocamento, as trocas de terapeuta, insatisfação com os efeitos e resultados da psicoterapia e a indisponibilidade subjetiva do paciente ao tratamento. Afunilando nesta

compreensão, esta pesquisa se ateve à clínica psicanalítica, ou seja, o abandono do trabalho analítico pelo paciente atendido pelo viés da psicanálise nos SEP; além dos fatores acima citados, entendemos que outras questões também podem estar em jogo na composição dos motivos de abandono psicoterápico, como as transferências (tendo a instituição e o supervisor clínico como objetos que atravessam a transferência entre paciente e terapeuta, além de compor outras transferências paralelas), a temporalidade dos atendimentos, sendo esta uma marca real institucional que concorre com o tempo lógico enquanto operante no trabalho analítico, a questão da supervisão clínica (evidenciamos a necessidade de posicionamentos do supervisor-analista para que o trabalho analítico seja possível ao ser operado por um estagiário em uma instituição) e, também, a normatização curricular em relação ao ensino e transmissão da psicanálise (ressaltamos a possibilidade de um tipo de transmissão pela via de transferência de trabalho).

No que compete aos objetivos específicos da pesquisa aqui proposta, considerando as variáveis sociodemográficas e clínicas dos ex-pacientes que abandonaram a psicoterapia individual na UEL, encontramos um perfil: gênero feminino, faixa etária de 21 a 40 anos, solteiros, com ensino superior incompleto, católicos, pertencentes à comunidade externa à universidade, de Londrina, com renda de dois a cinco salários mínimos, com presença de sintomas físicos, não vinculados a tratamento médico, em uso de medicação contínua, com histórico anterior de psicoterapia, em psicoterapia no serviço por, em média, 20 sessões, com um tempo médio de espera da sessão de triagem até o atendimento psicoterápico de aproximadamente cinco meses, atendidos pela abordagem teórica da psicanálise, como queixa inicial de ansiedade.

Na primeira fase da coleta de dados, o levantamento documental, observaram-se questões importantes que auxiliaram na análise comparativa dos motivos dos abandonos descritos nas fichas de encerramento com os alegados pelos ex-pacientes em entrevista.

Percebemos a importância do preenchimento das fichas institucionais, de maneira completa e qualificada, uma vez que 30% das fichas analisadas não continham menção do motivo de encerramento dos casos. De maneira geral, os motivos que puderam ser identificados no levantamento documental condizem com os achados nas entrevistas, como a questão dos horários, de deslocamento e das expectativas com a psicoterapia.

A pesquisa aqui relatada comporta algumas limitações, como pequena quantidade amostral, os atravessamentos da pandemia na pesquisa qualitativa (entrevistas realizadas de maneira *online*) e a carência de dados robustos e qualificados, identificada na fase de levantamento documental. Sugerem-se novas pesquisas em relação aos SEP e sua possibilidade reinventiva da clínica psicanalítica, seja tendo como objeto de estudo pacientes, estagiários ou supervisores, inclusive a fim de contemplar os diversos ângulos da experiência analítica neste *lócus* híbrido que é o SEP. Também é sugerido que mais pesquisas psicanalíticas, principalmente, debruçem-se em investigações a respeito da Psicanálise em Extensão e seu compromisso ético com a sociedade.

Espera-se que com os resultados trazidos e analisados ao longo desta pesquisa haja uma contribuição efetiva no SEP, podendo propiciar reflexões institucionais com o intuito de qualificar a oferta de serviços, principalmente com relação à oferta da clínica psicanalítica. Com o que foi exposto nesta pesquisa abrem-se caminhos interventivos no âmbito da qualificação do espaço institucional do SEP e suas regras, da formação do estagiário, (re)pensando as propostas curriculares, e da substancialidade maciça da supervisão clínica, almejando dá-la um estatuto de importância efetiva e responsável do lugar do supervisor-analista, para que a dupla estagiário-supervisor esteja lapidada em sua transferência de trabalho e, com isto, poder fazer do SEP um lugar possível também para uma oferta eficaz e efetiva, na medida que lhe compete, da clínica psicanalítica.

REFERÊNCIAS

- Aires, S. (2019). Atendimento psicanalítico em clínica-escola: uma experiência de supervisão. In: S. Aires, & S. Kuratani (Orgs.), *O serviço de psicologia na universidade* (pp. 43- 61). Cruz das Almas: Editora UFRB.
- Aires, S. K., & Kuratani, S. (2019). *O serviço de psicologia na universidade*. 2. ed. Cruz das Almas-BA: UFRB.
- Albuquerque, R. C. R., Lira, W. L., Costa, A. M., & Nappo, S. A. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). *Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 84-96.
<https://dx.doi.org/10.24879/2017001100100215>
- Alcantara, J. V. N. (2010). Transferência e vínculo institucional na clínica-escola. In: A. M. S. Drügg, K. S. Freire, & I. F. A. de Campos (Orgs.), *Escritos da Clínica* (pp.103-109). Ijuí: Editora Unijuí.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopez, M. (2005). Considerações sobre as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de psicologia. (pp. 83-116). In: Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., & Simon, C. P. *Formação em Psicologia: Serviços-escola em debate*. São Paulo: Vetor Editora.
- Araújo, E. M. (2009). *Transmissão da Psicanálise e Universidade: a formulação de um saber mediante o dispositivo do ensinante de Lacan*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592. <https://doi.org/10.1002/jclp.20368>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 68(6), 1027-32. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1027>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, A. V. B.; & Gomide, P. I. C. (1989). O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 9(1), 6-15.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931989000100003>
- Batista, A. C. S., Carvalho, B. M. S., Franco, H. L. A., Alvarenga, H. H. T., & Laurindo, J. U. B. (2019). Atendimento psicológico e diversidade: contribuições do serviço-escola para a promoção de saúde ao público LGBTQI+. *Revista Diversidade e Educação*, 7(1), 376-395. <https://doi.org/10.14295/de.v7i1.9008>
- Benítez, A. P. R., Bastidas, I. L. O., & Camargo, Y. S. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134715>
- Bernstein, L., & Silva, J. C. (2014). O abandono de tratamento psicoterápico no contexto de uma clínica-escola. *Nucleus*, 11(1), 275-86. <https://doi.org/10.3738/1982.2278.940>
- Boesmans, E. F., Lopes Júnior, A. D., & Silveira, L. C. (2016). A transferência na instituição: a psicanálise nas clínicas escola. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 14(1), 1-21. Recuperado de:
<http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalisebarroco/article/viewFile/7325/6453>
- Borges, C. D., Glidden, R. F., Bisewski, B., Corrêa, C. F. Z. & Tomaselli, E. C. (2018).

- Caracterização de queixas e perfil de usuários atendidos em um serviço-escola de psicologia. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 6(2), 185-219.
- Borges, K. N., Borges, K. N., Silva, L. S. B., Souza, D. C. S., & Gomes, L. G. A. (2018). Saúde mental e Psicanálise no Hospital Psiquiátrico de Mato Grosso. *Repositório Digital do Univag*, 1-28. Recuperado de: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/427/428>
- Borsa, J. C. et al. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico*, 44(1), 73-81. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10599>
- Brasil. (2011). Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (1934). Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934: dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Coleção de Leis do Brasil*, 04, 351.
- Bueno, H. A., Cordoba, J. A., Escolar, P. A., Carmona, C. A., & Rodriguez, G. C. et al. (2001). El abandono terapéutico. *Actas Spain Psiquiatria*, 29(1), 33-40.
- Calazans, R., & Azevedo, E. C.. (2016). “Não há tempo... a perder”: questões sobre a atuação do psicanalista no Hospital Geral. *Vínculo - Revista do NESME*, 13(1), 56-64. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1394/139448016006.pdf>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>
- Carla, R. R. de A., et al. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(1), 84-96. <http://dx.doi.org/10.24879/2017001100100215>
- Carvalho, L. F., Pianowski, G., & Santos, M. A. (2019). Guidelines for conducting and publishing systematic reviews in Psychology. *Estudos de Psicologia*, 2(36), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180144>
- Catani, F., Salatino, F., Martins, G. N., Leou, K., & Aguiar, B. (2019). Caracterização do Perfil da Clientela que Busca o Serviço Escola de Psicologia do Centro Integrado de Saúde Uniamérica. *Pleiade*, 13(27), 43-52. <https://doi.org/10.32915/pleiade.v13i27.509>
- Chammas, D. (2010). *Triagem estendida: um modo de recepção de clientes em uma clínica-escola de Psicologia*. 139 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Chilelli, K. B., & Enéas, M. L. E. (2002). Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Bol Iniciaç Cient Psicol.*, 1(1), 47-52. Recuperado de <https://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Cursos/Psicologia boletins/1/artigo5.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (Org.) (2013). *Carta de serviços sobre estágios e serviços-escola*. Brasília, DF. Recuperado de

- <http://site.cfp.org.br/publicacao/carta-de-servicos-sobre-estagios-e-servicos-escola/>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51(3), 434-442. <https://doi.org/10.1037/a0032171>
- Cruz, A. D. G., & Ferrari, I. F. (2011). A psicanálise aplicada ao sintoma: uma resposta ética aos impasses enfrentados pelos psicanalistas na atualidade. *Psicologia Clínica*, 23(1), 157-169. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000100010>
- Cruz, M. J. R. (2018). Desatando “nós”: A delicadeza e nuances na construção do vínculo com grupos em um serviço público de saúde. *Vínculo - Revista do NESME*, 15(1), 74-81. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v15n1/v15n1a08.pdf>
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. Cruz. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100010&lng=pt&tlng=pt
- Cury, B. D. M., Barbosa, C. O., Cardoso, G. D. S., & Silva, P. A. (2018). Cultura profissional do psicólogo no Brasil. *Revista Científica UniScientiae*, 1(2), 117-128. Recuperado de <https://academico.univiosa.com.br/revista/index.php/RevistaTecnologiaeCiencia/article/view/980/1124>
- Dalgalarondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 25-33.
- Derzi, C., & Marcos, C. M. (2013). Supervisão em psicanálise na universidade. *Psicologia em Estudo*, 18(2), 323-331. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200013>
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53-81.
- Duarte, E. C. (2019). *Demandas iniciais do serviço-escola em psicologia da FAEMA*. (Monografia de Graduação). Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes – RO. Recuperado de <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2438>
- Fam, B. M., & Neto, J. L. F. (2019). Análise das Práticas de uma Clínica-Escola de Psicologia: Potências e Desafios Contemporâneos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003178561>
- Farias, I. C., Alves, S. V., & Vieira, A. C. L. O que (não) dizem as entrelinhas: Análise dos casos de abandono de uma clínica-escola em psicologia. *Interação em Psicologia*, 24(3), 230-8. Recuperado de: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/68058/42621>
- Fernandes, J. M. D. da S. (2017). O olhar do psicanalista na instituição. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 51(3), 229-244. Recuperado de: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/rbp-51-3-14.pdf>
- Figueiredo, L. C. (2009). A Psicanálise e a clínica contemporânea. *Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 7, 9-17. Recuperado de: <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo202.pdf>
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.
- Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>
- Frances, A. (2017). *Voltando ao normal: Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade mental e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores: Rio de Janeiro.

- Frankl, V. E. (2019). *Psicoterapia para todos: uma psicoterapia coletiva para contrapor-se à neurose coletiva*. Petrópolis: Vozes.
- Freud, S. (1969a). Dois verbetes de enciclopédia. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (1969b). A interpretação dos sonhos. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 4-5). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (1976a). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In J. Salomão (Trad.) *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 164-191). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1976b). Interpretação de sonhos. In J. Salomão (Trad.) *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. V e VI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1996a). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996c). Sobre o início do tratamento. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).
- Freud, S. (1996d). A dinâmica da transferência. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1912).
- Freud, S. (2013). Sobre psicanálise selvagem. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 9). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (2015). O delírio e os sonhos na Gradiva. In: S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 8). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1907).
- Freud, S. (2016). Psicoterapia da histeria. In: S. Freud, *Estudos sobre a histeria (1893-1895)* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 2). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1895).
- Gabbard, G. O. (2005). *Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo: texto básico*. Porto Alegre: Artmed.
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (2018). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial*. São Luís: EDUFMA.
- Gauy, F. V., & Fernandes, L. F. B. (2008). Um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola. *Paidéia*, 18(40), 401-404. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200016>

- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, A. K. S., & Reis, M. E. B. T. (2019). A formação do psicoterapeuta-aprendiz em clínica psicanalítica nas universidades do Brasil. *Quaderns de Psicologia*, 21(3), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1536>
- Gomes, R. M., & Souza, K. C. V. (2019). Desafios da clínica psicanalítica em Serviço-escola: Reflexões e análise de um caso de neurose no serviço integrado de Psicologia da Universidade Potiguar. *Psicologia.pt*, 1-19. Recuperado de: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1344.pdf>
- Gomes, M. A. F., & Dimenstein, M. (2016). Serviço escola de psicologia e as políticas de saúde e de assistência social. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1217-1231. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-03Pt>
- Gonçalves, A. M., & Goulart, M. S. B. (2016). História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. *Revista Tempos Gerais*, 4(2), 4-26. Recuperado de: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/temposgerais/article/download/1431/1072>.
- Gonçalves, A. M. S., Santos, M. A., Chaves, E. C. L., & Pillon, S. C. (2016). Adaptação transcultural e validação da versão brasileira da Treatment Spirituality/Religiosity Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 235-241.
- Guerrelhas, F. F., Silveiras, E. F. M. (2000). Grupos de espera recreativos: proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, 8(3), 313-321. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a09.pdf>.
- Guimarães, T., & Jardim, R. M. M. (2019). Apontamentos sobre o horizonte crítico do Psicanálise na Rua. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, 315–339. Recuperado de: <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/291/247>
- Hauck, S., Kruehl, L., Sordi, A., Sbardellotto, G., Cervieri, A., Moschetti, L., ... & Ceitlin, L. H. F. (2007). Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 265-267. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rprs/a/rd5dVjqCWgzvpPTzKW4XBxv/?lang=pt>
- Heck, F. A., & Kessler, C. H. (2015). Clínica pública e Universidade: considerações sobre a posição do analista. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 618-628. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p618>
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hohendorff, J. V. (2014). Como escrever um artigo de revisão de literatura. In S. H. Koller, Couto, M. C. P. P., & J. V. Hohendorff (Orgs), *Manual de produção científica* (pp. 39-54). Porto Alegre: Penso. Recuperado de: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/18/6505082c2ac2986651c7b1f7a4a92e.pdf
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 109(6), 426-33. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117287>
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2014). Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 133-41. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000017>
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2015). Desistência e conclusão em psicoterapia psicanalítica, um estudo qualitativo de pacientes de Porto Alegre, Brasil. *RBPsicoterapia*, 17(1), 25-40. Recuperado de: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201831>
- Justen, A., Paltanin, E. S., Maroneze, G. S., Vissovatz, M. M., Prá, J. D., Feltrin, J., Silva, M. A., Mariussi, M. C., Pereira, R. S., & Lima, O. M. P. (2010). Identificação da

- população atendida no Centro de Psicologia aplicada da Universidade Paranaense. *Arquivos de Ciência da Saúde da UNI-PAR*, 14(3), 197-209.
<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v14i3.2010.3661>
- Kehl, M. R. (2017). A utopia da cura em Psicanálise. *Revista UFMG*, 24(1), 150-161, Recuperado de
https://www.ufmg.br/revistaufmg/downloads/24/09_MariaKehl_CuraPsicanalise_ag_150a161_Revista_UFMG_24.pdf
- Khoury, M. G., & Netto, O. F. L. (2016). Psicanálise a céu aberto. *Jornal de psicanálise*, 49(91), 91-96. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v49n91/v49n91a09.pdf>
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., & Melis, P. H. F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *PSYKHE*, 21(2), 133-47. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282012000200011
- Kushnir, C. Q. (2016). O processo de cronificação em saúde mental: quando os estados-limite configuram uma adição de transferência. *Cadernos de Psicanálise*, 38(35), 85-97. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v38n35/v38n35a05.pdf>
- Lacan, J. (1995). *O seminário. Livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1956-1957).
- Lacan, J. (1998a). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1953).
- Lacan, J. (1998b). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicado em 1958).
- Lacan, J. (2003a). *O Seminário livro 15, O ato analítico*. Buenos Aires: EFBA. (Obra original publicada em 1968).
- Lacan, J. (2003b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: J. Lacan. *Outros Escritos* (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1967).
- Lampert, H. A. (2019). *Psicanálise na Universidade: Reflexões sobre as possibilidades da Psicanálise nos cursos de Psicologia*. (Monografia de Conclusão de Curso de Graduação). Centro Universitário de Brasília - Brasília. Recuperado de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/13888/1/21470855.pdf>
- Laplanche, J. (1987). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lima, A. C. de S. (2016). *Assistência à saúde mental no centro de atenção psicossocial e a participação da família*. (Trabalho de conclusão de curso). Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167164>
- Lima, E. D. (2015). Gênero, masculinidades e saúde do homem: um estudo em análise de discurso. (Monografia de Conclusão de Curso de Graduação). Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande. Recuperado de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/15867>
- Lhullier, A., Nunes, M. L., & Horta, B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola (pp. 229-256). In: Silveiras, E. F. M. *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea.
- Lopes, R. G., & Ribeiro, R. (2020). Observações sobre a relação entre o dinheiro e o capital

- libidinal em atendimentos de urgência. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(30), 41-55. Recuperado de: http://isepol.com/asephallus/numero_30/pdf/05%20%20ROSA%20E%20ROSILENE.pdf
- Lustosa, P. (2003). A pesquisa em psicanálise: Entre a técnica, a extensão e a intensão. In *Anais do II Encontro Mundial Estados Gerais da Psicanálise*. Rio de Janeiro. Recuperado de https://www.academia.edu/download/61154463/3e_Lustosa_35010903_port_A_pesquis_em_psicanalise20191107-115810-mn5u5y.pdf
- Mantovani, C. C. P., Marturano, E. M., & Silves, E. F. M. (2010). Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 527-535. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pe/a/w9MpvG7J4d9NKw9PZ3rVY8n/?lang=pt&format=pdf>
- Manubens, R. T., Roussos, A., Ryberg, J. O., & Penedo, J. M. G.. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 143-158. <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Marino, A. S. (2019). Psicanálise na Praça Roosevelt: modalidades de transferência. *Stylus*, 38, 213-225. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/stylus/n38/n38a14.pdf>
- Marino, A. S., & Neto, A. R. C. (2019). Psicanálise na Praça Roosevelt: uma experiência clínico-política em um espaço público. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, 352-367. Recuperado de: <http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/289/246>
- Marinotti, M. A. G. (2016). *O método psicanalítico como meio de investigação e intervenção na área de Psicologia da Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo. Recuperado de: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1601/2/MariaAp.Marinotti.pdf>
- Marturano, E. M., Silves, E. F. M., & Oliveira, M. S. (2014). Serviços-escola de psicologia: seu lugar no circuito de permuta do conhecimento. *Temas em psicologia*, 22(2), 457-470.
- Mattos, L. T. L., Tupinambá, B. da M. P., Kurkdjian, C. M., Coimbra, R. E. L., Marchini, S. M. C., & Zalberg, T. M. (2016). O conceito de responsabilidade social: uma experiência na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. *Jornal de psicanálise*, 49(91), 77-89. Retirado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v49n91/v49n91a08.pdf>
- Medina, M. P.. (2005). El abandono en las terapias psicológicas. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 14, 1-16. Recuperado de: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/porcel.pdf>
- Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 113-118.
- Melo-Silva, L. L.; Santos, M. A., & Simon, C. P. (2005). Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: formando o psicólogo do futuro. (pp. 221-258). In: Melo-Silva, L. L.; Santos, M. A., & Simon, C. P. *Formação em Psicologia – Serviços-escola em debate*. São Paulo: Vetor Editora.
- Meyer, B. et al. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further

- analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1051-1055.
- Mezan, R. (1985). *Freud, pensador da cultura*. São Paulo: Brasiliense.
- Mezan, R. (1988). *A vingança da Esfinge*. São Paulo: Brasiliense.
- Miller, J. A. (2001). *Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia* [online]. Recuperado de http://www.ilimit.com/cdcelp/freudiana/J.A_Miller_1.PDF, acessado em 18 de novembro de 2021.
- Miller, J. A. (2006). Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona. Buenos Aires: Paidós
- Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621. <https://doi.org/10.1590/S141498932007000400004>
- Murakami, R., & Campos, C. J. G. (2012). Religion and mental health: the challenge of integrating religiosity to patient care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 361-36.
- Nichols, K., & Pekarik, G. (1992). Client vs. therapist perceptions of psychotherapy dropout and outcome. *Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association*, 64(1), 1-26.
- Novelli, A. B., Lazzarini, E., Chatelard, D., & Maesso, M. (2017). Do amor imaginário ao amor simbólico: um percurso da transferência. *Reverso*, 39(73), 27-34. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v39n73/v39n73a03.pdf>
- Olán, R. J. A.. (2017). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o mas sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252007000500055&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Oliveira, C. F., & Samico, F. C. (2019). “Para quem serve esse diagnóstico?": uma interlocução entre o Psicodiagnóstico e a Psicanálise. *Revista Mosaico*, 10(2), 105-110. Recuperado de: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1951/130>
- Oliveira, M. S., Pereira, R. F., Peixoto, A. A., Rocha, M. M., Oliveira-Monteiro, N. R., et al. (2014). Supervisão em serviços-escola de psicologia no Brasil: Perspectivas dos supervisores e estagiários. *Psico*, 45(2), 1-9. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.2.15417>
- Ortolan, M. L. M., Bezerra, P. V., & Sei, M. B. (2016). O sujeito da pós-modernidade e a emergência psicológica: caracterização dos usuários do Plantão Psicológico da UEL. *Archives of Health Investigation - Proceedings of the 7º Sim Saúde*, 17, 46-46.
- Ortolan, M. L. M, Sei, M. B., & Victrio, K. C. (2018). Serviço-escola de psicologia e potencialidades dos projetos de extensão: construção de políticas públicas em saúde mental. *Revista brasileira de tecnologias sociais*, 5(1), 78-85. <https://doi.org/10.14210/rbts.v5n1.p78-85>
- Pelkonen, M., Marittunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist J. (2000) Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329-336.
- Pessota, C. M., Feijó, L. P., Benetti, S. P. C. (2020). Preditores do abandono inicial em

- psicoterapia psicodinâmica. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 72(2), 43-56.
<http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.43-56>.
- Picon, P., Haagstram, L., & Nardi, A. (2013). Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico. (pp. 367-83). In: Neto, A. C., & Gauer, G. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Pinheiro, S. D. (2002). *Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica*. (Tese de Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Pinto, T. (2019). Os pés descalços. Um relato sobre a experiência Psicanálise na Rua. *Teoría y Crítica de la Psicología*, 12, 368–385. Recuperado de:
<http://teocripsi.com/ojs/index.php/TCP/article/view/290/245>
- Poelman, A. S., Bedran, P. M., Barroso, S. F., Lasmar, H. C. (2009). A clínica de psicologia: Unidade Coração Eucarístico. *Psicologia em Revista*, (ed. ouro), 41-52. Recuperado de
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/370>
- Posada, D. O., Porras, J. R., Cano, A. T., & Mateus, M. P.. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. *Psychologia: avances de la disciplina*, 11(1), 85-96. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v11n1/1900-2386-psych-11-01-00085.pdf>
- Prebianchi, H. B. (2011). Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola. *Psicologia em Revista*, 17(2), 322-339. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n2/v17n2a11.pdf>
- Pureza, J. da R., Oliveira, M. da S., & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 13(74), 561-568.
<https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.AO10>
- Prebianchi, H., & Cury, V. (2005). Atendimento infantil numa clínica-escola de Psicologia: Percepção dos profissionais envolvidos. *Paidéia*, 15(31), 249-258.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000200012>.
- Quadros, R. B., Martins, K. P. H., & Soares, A. K. S. (2018). Psicoanálisis y salud mental: um estudio sobre el estado del arte. *Revista Subjetividades*, 18(1), 119-131.
<http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i1.6289>.
- Quinet, A. (2009). *A Estranheza da Psicanálise: a Escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Resende, M. S., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n3/v21n3a08.pdf>
- Ribeiro, L. A., Neto, F. K., & Vecchia, M. D. (2021). Transferência, escuta e singularidade: contribuições da psicanálise à redução de danos. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 16(32), 98-113. Recuperado de:
<http://www.isepol.com/asephallus/pdf/07%20%20Luca%20Ribeiro,%20Fuad%20Net%20e%20Marcelo%20Vecchia.pdf>
- Ribeiro, M. S. (2007). *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental*. Rio de Janeiro: Ed. UFJF.
- Rocha, G. M. A., Bunge, M., Strauss, V., Honda, G. C., Peixoto, E, Santeiro, T. V., & Enéas, M. L. E. (2016). Psicoterapia breve psicodinâmica de caso grave de depressão em serviço escola: limites e alcance. *Contextos Clínicos*, 9(1), 86-97.

- <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.07>.
- Roosli, A. C. B. da S., Palma, C. M. de S., & Ortolan, M. L. M. (2020). Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. *Psicologia USP*, 31, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e180145>.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychother Res*, 23(4), 394-418. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23461273>
- Rosa, M. R. (2012). Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (41-42), 29-40. Recuperado de <https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista41.pdf>
- Russel, R. L., & Orlinsky, D. E. (1996). Psychotherapy research in historical perspective: implications for mental health care policy. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 708-715. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830080060010>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286-291. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Santeiro, T. V., Rocha, G. M. A., & Araújo, D. S. A. (2013). Implantação de um serviço-escola de Psicologia no centro-oeste brasileiro: usuários e atendimentos. *Perspectivas em Psicologia*, 17(2), 65-82. Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/28556>
- Santos, L. G., & Ferrari, I. F. (2016). Psicanálise aplicada à terapêutica em clínicas universitárias e a experiência do Centro Psicanalítico de Consulta e Tratamento de Minas Gerais. *Psicologia em Revista*, 22(1), 202-222. Recuperado de: <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N1P202>
- Santos, W. T. M., & Mandelbaum, B. P. H. (2016). Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos NASF. *Barbarói*, 48, 168-184. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.9028>
- Sassi, R., & Maggi, A. (2007). Demandas de Psicologia escolar para uma clínica-escola. *Revistas Eletrônicas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*, 38(1), 35-44. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1922/1428>
- Sei, M. B. et al. (2019). Da avaliação à psicoterapia em um serviço-escola de psicologia: uma interlocução entre práticas. *Gerai, Revista Interinstitucional de Psicologia, Belo Horizonte*, 12(1), 96-106. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120108>
- Silva, A. F. S., Bastos, A. S., & Silva, F. O. (2017). Experiências educativas no Centro Juvenil de Ciência e Cultura: um espaço não formal de aprendizagem. *Revista Educação e Emancipação*, 10(2), 165-184. <http://dx.doi.org/10.18764/23584319.v10n2p165-184>
- Silva Filho, J. P. D. (2018). *Caracterização dos encerramentos dos atendimentos realizados no serviço escola de psicologia da Universidade Federal de Campina Grande*. (Monografia de Conclusão de Curso de Graduação). Universidade Federal de Campina Grande. Recuperado de <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/14917>
- Silvaes, E. F. M. (2000). Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico em uma clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 149-180. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100008>

- Siqueira, V. R. (2015). Estudo Sobre a Evasão de Pacientes em Psicoterapia Oferecida pela Clínica Escola da Faculdade Anhanguera de Cascavel, PR por Membros da Comunidade de Baixa Renda. *Revista de Educação*, 18(25), 4-43. Recuperado de <https://seer.pgsskroton.com/educ/article/view/3475/3062>
- Skitnevsky, B., Trevisan, F. M., Tsujiguchi, I., & Sei, M. B. (2019). Caracterização da clientela infantil e adolescente de um serviço-escola de Psicologia paranaense. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(2), 19-36. Recuperado de <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1251/1402>
- Souza, F. P. de, Santos, D. de F. G., & Vivian, A. G. (2014). Motivos da busca de atendimento psicológico em uma clínica escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS: pesquisa documental. *Aletheia*, 43, 24-36. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100003
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture repair hypothesis: Are productive relationships u-shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. G.. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-59. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Taunay, T. C. D., Gondim, F. D. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. D. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4), 130-5.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D.. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583-9. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
- Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.
- Vargas, F., & Nunes, M. L. T. (2003). Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico. *Aletheia*, 17, 155-158. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1150/115013455015.pdf>
- Valle, E. A., Viegas, E. C., Castro, C. A. C., & Toledo Jr (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira Clínica*, 26(3), 83-86.
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., Schindler, D.. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychother Research*, 20(4), 423-35. <https://doi.org/10.1080/10503301003645796>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. A. (1993). Meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology. Research & Practice*, 24(2), 190-195.
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2017). Therapist Effects on and Predictors of Non Consensual Dropout in Psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*,

24(2), 312-21. Recuperado de <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.2022>

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

"O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de psicologia da UEL"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “O abandono da psicoterapia individual no serviço-escola de psicologia da UEL”, a ser realizada na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é descrever, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual nos últimos três anos no serviço-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12ª sessão de terapia.

Sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: faremos entrevistas gravadas a respeito do seu processo psicoterápico na Clínica. Nessa entrevista, nosso objetivo é saber a respeito das suas expectativas no início da psicoterapia, como foi o seu processo terapêutico e como se deu o seu desligamento do tratamento. Esta pesquisa é importante cientificamente pois existe poucas pesquisas a respeito do abandono terapêutico, além de, a partir dos resultados da pesquisa, poder contribuir para o desenvolvimento, qualidade e satisfação no âmbito das psicoterapias oferecidas na Clínica Escola da UEL, melhorando o serviço ofertado para a população.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as

despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são que com a sua participação, fornecendo informações a respeito do seu processo psicoterapêutico e seu decorrente desligamento, nós possamos compreender os aspectos relacionados ao abandono da psicoterapia em serviço-escola de Psicologia, de forma a instrumentalizar o aprimoramento do serviço ofertado. Quanto aos riscos, entende-se que toda pesquisa há risco e nesta, especificamente, há o risco de, ao longo da entrevista, você se sensibilizar com o conteúdo trazido por você, despertando-lhe algum nível de desconforto psicológico. Neste sentido, a fim de amenizar os riscos, será ofertado, caso isto ocorra, um acolhimento psicológico pela pesquisadora.

A entrevista pode se realizar de duas maneiras: presencial ou de forma remota, tendo em vista a atual situação sanitária do mundo (pandemia da COVID-19). No caso da escolha pela entrevista presencial, você e a entrevistadora deverão obrigatoriamente usar as máscaras de proteção e álcool em gel nas mãos, mantendo um distanciamento de pelo menos dois metros, em local arejado. O local da entrevista pode ser na Clínica Psicológica da UEL ou a entrevistadora poderá se deslocar ao local de sua preferência, desde que sejam respeitadas as exigências sanitárias descritas acima, evitando quaisquer contratemplos.

No caso da escolha pela entrevista de forma remota, utilizaremos a plataforma Google Meet. As entrevistas serão gravadas e transcritas. Este material será armazenado por cinco anos, com absoluto sigilo, sendo apenas a pesquisadora que terá acesso. Após estes cinco anos, os documentos armazenados no formato de arquivos digitais, serão apagados após esse prazo. Já os documentos físicos serão queimados.

Após a realização de todas as etapas da pesquisa, nós daremos uma devolutiva a vocês: será enviado por e-mail um infográfico a respeito dos principais resultados da pesquisa. A pesquisadora ficará à disposição para responder quaisquer possíveis dúvidas da devolutiva.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Maria Lúcia Mantovanelli Ortolan, Psicóloga Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, (43) 9 9679-6030, ortolan78@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Londrina. O CEP é um colegiado de avaliação de projetos de pesquisa, com o objetivo de normatizar as pesquisas envolvendo seres humanos seguindo uma tendência mundial de defesa aos participantes de pesquisa, atendendo as resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O CEP/UEL fica situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de Desligamento de Paciente da Clínica Psicológica da UEL

RESUMO DE CASO ENCERRADO

CLIENTE: _____ N° CASO: _____

PRIMEIRA SESSÃO: __/__/__ ULTIMA SESSÃO: __/__/__ TOTAL DE SESSÕES: _____

MOTIVO DO ENCERRAMENTO: () ALTA () DESISTÊNCIA () FALTA () ATINGIU TEMPO LIMITE NA CLÍNICA

ABORDAGEM: () PSICANALÍTICA () COMPORTAMENTAL

1-QUEIXA(s) INICIAL(is) :

2-RESUMO DO DIAGNÓSTICO E ASPECTOS TRABALHADOS:

3-MOTIVO DO ENCERRAMENTO E OUTRAS OBSERVAÇÕES:

NOME DO ESTÁGIÁRIO: _____

NOME E ASSINATURA DO SUPERVISOR: _____

DATA DO ENCERRAMENTO DO CASO: ____/____/____

ANEXO B

Ficha de Triagem de Paciente da Clínica Psicológica da UEL.

RENDA FAMILIAR:

Bruta (valor em reais): R\$ _____

ou
rar**CLASSIFICAÇÃO DE URGÊNCIA DO CASO:**

- () paciente em crise e/ou risco - necessita atendimento urgente
 () paciente com problemas acentuados que podem aguardar pouco tempo

INFORMAÇÕES CLÍNICAS GERAIS

Está com algum sintoma físico atualmente? () sim () não

Qual (ais)? _____

Está realizando algum tratamento médico no momento? () sim () não

Com qual (ais) especialidade (s)? _____

Onde? _____

Está tomando algum medicamento? () sim () não

Nome e dosagem? _____

Já esteve internado em Clínica de Repouso ou Hospital Psiquiátrico? () sim () não

Qual? _____

Quando? _____ Motivo da internação? _____

Já realizou psicoterapia? () sim () não

Motivo? _____

Quando? _____ Onde? _____

Por quanto tempo? _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Procurou a Clínica Psicológica por iniciativa própria? () sim () não

Foi encaminhado? () sim () não

Por quem? _____

NO CASO DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES:

Frequente escola? () Sim Não () Qual período: _____

Nome da Escola: _____

() Municipal

() Estadual

() Particular

DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO (Especificar a disponibilidade de horários e dias da semana, no mínimo três horários)

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã (8:00 - 12:00)					
Tarde (12:00 - 18:00)					
Noite (18:00 - 21:00)					

ENCAMINHAMENTO:

Aguardar atendimento na fila de espera da Clínica Psicológica

Aceita atendimento em grupo Somente atendimento individual

Outro encaminhamento: _____ Qual? _____

Triagem realizada por:

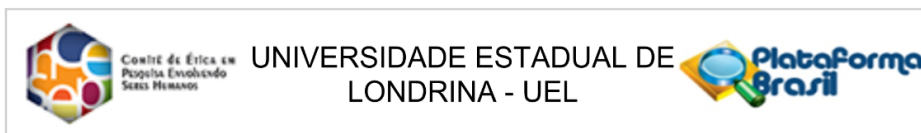
Telefone: ()

Supervisor responsável:

Data da entrevista:

ANEXO C

Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ABANDONO DA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL NO SERVIÇO ESCOLA DE PSICOLOGIA DA UEL: DO QUE SE TRATA ESTE FENÔMENO?

Pesquisador: MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35315320.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCB - Programa de Pós-graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.214.073

Apresentação do Projeto:

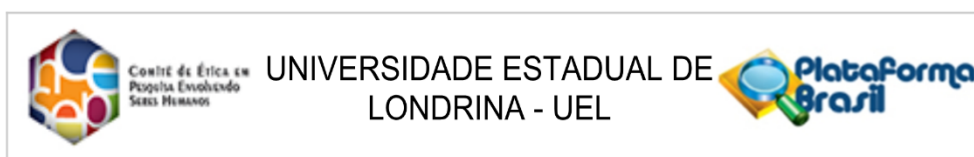
Trabalho intitulado: "O abandono da psicoterapia individual no serviço escola de psicologia da UEL: do que se trata este fenômeno", da pesquisadora Maria Lucia Mantovanelli Ortolan, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - orientadora Prof^ª. Dr^ª. Maíra Bonafé Sei.

Destaca a pesquisadora que as longas filas de espera para atendimento e o abandono da psicoterapia individual são fenômenos recorrentes nos serviços de saúde mental e com todas as faixas etárias, principalmente em serviços-escolas de psicologia. Objetiva-se compreender, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual nos últimos cinco anos no serviço escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12ª sessão de terapia. Trata-se de um estudo qualitativo, com objetivos exploratórios e descritivos, mediante coleta de dados por meio de entrevistas semidirigidas, analisadas pelo método de análise de conteúdo. Espera-se com os resultados refletir sobre a eficiência do serviço ofertado e assim definir estratégias de melhoria e adequações necessárias. A pesquisadora indica o número de 30 participantes.

Metodologia:

Sobre a metodologia, a pesquisadora afirma que: "Primeiramente será feito o levantamento

Endereço: LABESC - Sala 14
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **CEP:** 86.057-970
E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

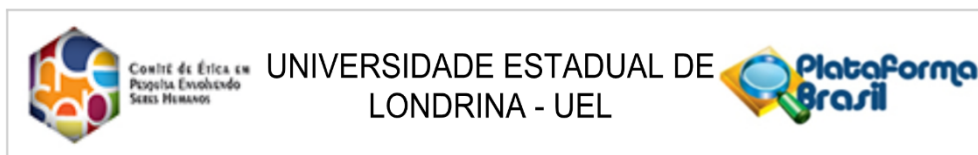
documental das Fichas de Desligamento dos últimos cinco anos dos pacientes adultos que abandonaram a psicoterapia depois de 12 sessões, independentemente das abordagens teóricas nas quais estes pacientes foram atendidos. Estas fichas são preenchidas a cada caso encerrado no SEP, independentemente do motivo do desligamento, incluindo os casos que se encerraram por abandono do tratamento pelo paciente. As fichas ficam em posse da instituição, contendo nome do paciente, início e término do tratamento, quantidade de sessões realizadas, nome do terapeuta, queixa inicial, breve relato do desenvolvimento do caso, motivo do encerramento e encaminhamentos adotados (quando houver). Estas fichas são preenchidas e assinadas pelo terapeuta e seu supervisor, sendo arquivadas no SEP”.

“Tratar-se-á de um estudo qualitativo e com objetivos exploratórios e descritivos (Gil, 2007). A coleta de dados será feita mediante à análise documental e entrevistas semidirigidas com perguntas norteadoras visando a compreensão do abandono do tratamento psicoterápico. Na primeira fase de coleta serão selecionadas as fichas de desligamento da psicoterapia de pacientes que se desligaram nos períodos de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, tendo realizado pelo menos 12 sessões. [...] A segunda fase de coleta de dados tratar-se-á da realização das entrevistas semidirigidas com perguntas norteadoras (Silva, Bastos, & Silva, 2017). Será ofertado aos participantes duas possibilidades de realização das entrevistas: presencial ou de forma remota”.

A opção de se realizar a entrevista de forma remota se justifica pelo fato de abranger os interessados na pesquisa que não residem mais em Londrina ou região e também pela atual situação sanitária do mundo, em relação à pandemia da COVID-19. As entrevistas semidirigidas serão realizadas de forma individual. No início da entrevista, será explicado o objetivo da pesquisa e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Gravação de Voz. No caso das entrevistas remotas, utilizar-se-á, a plataforma Google Meet, será lido o TCLE e o Termo de Gravação de Voz e, após autorização, gravar-se-á a entrevista. Nos casos presenciais, avaliar-se-á com o participante qual o local mais favorável para a realização da entrevista, visando não gerar quaisquer prejuízos ao participante. As entrevistas serão feitas com o participante e entrevistador de máscaras e com o uso do álcool em gel, escolhendo um local arejado e com distanciamento de dois metros entre as pessoas.

Como instrumento utilizado para a coleta de dados na entrevista semidirigidas utilizar-se-á um roteiro de perguntas norteadoras: (a) Quais eram suas expectativas no início da psicoterapia?; (b)

Endereço: LABESC - Sala 14	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 86.057-970
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

Como foi o seu processo psicoterapêutico?; c) Como se deu o desligamento da psicoterapia?. Com fins de levantamento dos possíveis indicadores outros de desistências, o perfil caracterológico da amostra será coletado mediante os dados (a) sócio demográficos, (b) mapeamento do território dos pacientes, (c) informações clínicas gerais. Para a transcrição das entrevistas, será atribuído um nome fictício para cada participante.

Para realizar a análise dos dados, utilizar-se-á a técnica de análise de conteúdo, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo dos discursos, tais como pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011). Os dados serão analisados a partir de três categorias a priori, estabelecidas a partir das perguntas do roteiro de entrevista: (a) expectativas no início da psicoterapia, (b) trajetória do processo psicoterapêutico e (c) a decisão de interromper a psicoterapia. Além disso, serão criadas categorias a posteriori com base no conteúdo exposto na fala dos participantes. Os dados serão organizados em tabelas com colunas referentes às categorias, subcategorias, falas dos participantes – a fim de ilustrar a categoria – e número de ocorrências daquela categoria, juntamente com indicação dos participantes que as mencionaram.

Hipótese:

“Hipotetiza-se que o abandono psicoterapêutico estava associado às variáveis em relação às expectativas dos pacientes, bem como os objetivos deste com a psicoterapia, sua relação com o psicoterapeuta e sua disponibilidade subjetiva ao tratamento, além das variáveis socioeconômicas e institucionais. Ainda se hipotetiza que o uso de determinadas técnicas e hipóteses terapêuticas possam estar associadas com abandono da psicoterapia assim como alguns diagnósticos específicos do paciente possam contribuir para a interrupção do tratamento”.

Critérios de inclusão:

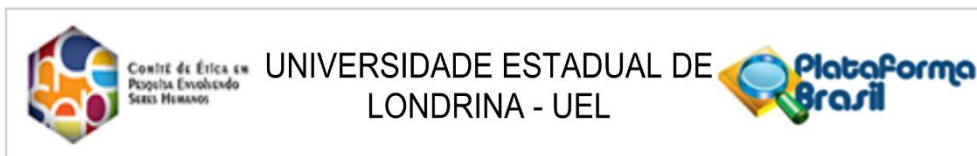
Pacientes com desligamentos mais recentes, estabelecer-se-á como critério de participação da pesquisa que este não esteja mais no processo psicoterápico a pelo menos seis meses.

Critério de Exclusão:

Alguns critérios de exclusão serão adotados, tais como:

a) participantes que, após três telefonemas, em horários e dias alternados não forem encontrados;

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

- b) pacientes que estiverem com as suas respectivas fichas não preenchidas corretamente;
- c) aqueles que não tiveram interesse em participar;
- d) os que estiverem impossibilitados de se deslocarem até o local da entrevista, de receber a pesquisadora em algum local ou impossibilitados para a realização da entrevista de forma remota.

Desfecho Primário:

Compreensão acerca dos aspectos que permeiam o abandono da psicoterapia em serviço-escola de Psicologia, de forma a instrumentalizar o aprimoramento das estratégias interventivas.

Sobre o financiamento da pesquisa, a pesquisadora indica que o financiamento é próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é compreender, entre adultos que estiveram em psicoterapia individual nos últimos cinco anos no serviço escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina, os fatores associados ao abandono psicoterápico após a 12ª sessão de terapia.

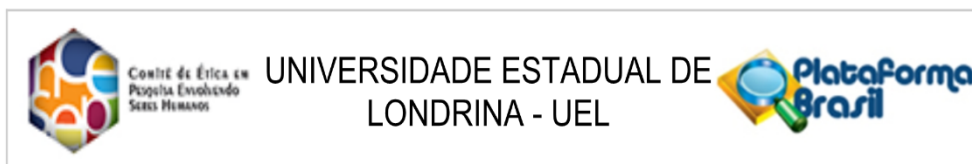
Objetivos Secundários:

- Identificar características de interrupção do tratamento de pacientes que desistiram da psicoterapia após a 12ª sessão;
- Levantar o perfil caracterológico da amostra para identificar possíveis indicadores da desistência;
- Comparar os motivos dos desligamentos descritos em prontuários com os alegados pessoalmente pelos pacientes na pesquisa;
- Analisar os motivos das desistências constantes dos prontuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas Informações Básicas do Projeto feito upload na Plataforma Brasil, o item Riscos e Benefícios foi apresentado da seguinte forma:

Endereço: LABESC - Sala 14	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

Riscos:

“Entende-se que toda pesquisa há risco e nesta especificamente há o risco de, ao longo da entrevista, o participante for mobilizado e sensibilizado à memórias que lhe despertem desconforto psicológico. Neste sentido, a fim de amenizar os riscos, será ofertado a estes participantes acolhimento psicológico pontual na clínica psicológica da UEL”.

Benefícios:

“A pesquisa apresenta potenciais benefícios na medida em que se mostra com uma importância científica, tendo em vista que há poucas pesquisas recentes sobre o abandono terapêutico. A partir dos resultados obtidos, o próprio serviço se beneficia e, conseqüentemente, os usuários, pois objetiva-se refletir a eficiência do serviço ofertado pelo SEP da UEL, propondo-se intervenções que abarquem a problemática do grande número de desistentes na psicoterapia individual e contribuam para o desenvolvimento, qualidade e satisfação no âmbito das psicoterapias oferecidas, o que responde fundamentalmente à promoção de saúde à população, compondo um dos pilares da Universidade Pública, as atividades de extensão. Outro benefício da pesquisa está relacionado à formação dos estudantes de psicologia: com os resultados, este futuro profissional tem a possibilidade de desenvolver o conhecimento teórico a respeito do abandono psicoterapêutico, que tanto se repete na clínica, sendo isto de extrema importância para o desenvolvimento de competências necessárias para uma atuação ética em sua futura profissão”.

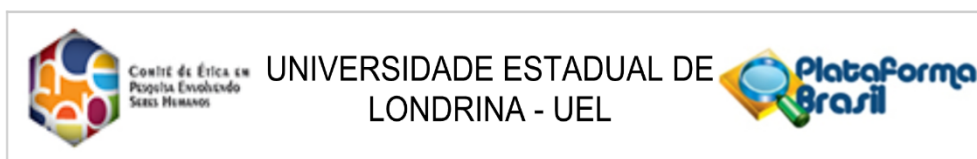
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que pretende investigar e propor/sugerir possibilidades de intervenções que abarquem a problemática do grande número de desistentes na psicoterapia individual, se constituindo, as desistências, enquanto entrave que se instaura na clínica escola escolhida para o estudo, bem como em outras clínicas escolas, conforme anunciado pela pesquisadora. Destaca-se como relevância desta proposta de pesquisa que a mesma possibilitará refletir sobre a eficiência ofertada pelo Serviço Escola de Psicologia da UEL, visto que esta investigação se propõe a compreender os motivos do abandono terapêutico, podendo, pois, contribuir para o desenvolvimento, qualidade e satisfação no âmbito das psicoterapias oferecidas, o que responde fundamentalmente à promoção de saúde à população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1 - Apresenta arquivo contendo FOLHA DE ROSTO, devidamente preenchida e assinada pela

Endereço: LABESC - Sala 14	
Bairro: Campus Universitário	CEP: 86.057-970
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

Coordenação do Programa de Pós-Graduação e Psicologia, Prof^ª. Dr^ª. Kátya Luciane de Oliveira.

2 - No arquivo contendo as INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO, a pesquisadora apresenta os elementos fundamentais relativos a proposta de pesquisa, sendo que seu estudo apresenta objetivos, metodologia, bem como apresenta os riscos e benefícios, em proposta bem delineada, bem escrita, apresentando também o cronograma com o detalhamento de prazos e ações a serem executadas, o qual está adequado em termos de prazos e ações;

3 - Apresenta arquivo contendo o Projeto Completo/Brochura;

4 - Apresenta documento/Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de instituição Co-Participante/Clínica Psicológica da UEL, devidamente assinado pelo Diretor do Centro de Ciências Biológicas;

5 - Apresenta arquivo contendo o Termo de Confidencialidade e Sigilo, no qual se compromete a manter sigilo e confidencialidade quanto ao uso das informações as quais terão acesso, bem como quanto ao cuidado no manuseio de materiais confidenciais a que tiver acesso – o documento apresentado foi assinado pela pesquisadora;

6 - A pesquisadora apresenta arquivo contendo o modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para os participantes da pesquisa - adultos que estiveram em psicoterapia individual nos últimos cinco anos no serviço escola de psicologia da UEL - o termo está redigido em formato de convite, com linguagem clara e acessível, apresenta o objetivo do estudo, esclarece sobre a participação voluntária do participante da pesquisa, bem como sobre como se dará sua participação, apresenta os riscos e benefícios e, por fim, apresenta os dados pessoais para contato da pesquisadora e também o endereço para contato do CEP/Uel;

7- A pesquisadora apresenta arquivo contendo documento/Declaração referente a DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA GUARDA E USO DE BANCO DE DADOS – em que a pesquisadora se compromete a “[...] conservar por tempo indeterminado, com o devido sigilo, os dados oriundos da coleta de dados com os participantes do presente protocolo de pesquisa que coordenarei e, que está em avaliação por este Comitê” e declara que “[...] os referidos dados serão utilizados apenas e tão somente em futuras publicações decorrentes da pesquisa que ora tramita” – o documento

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

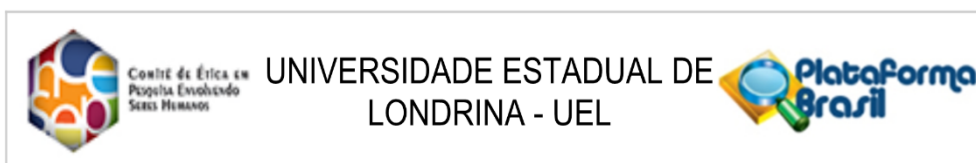
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 4.214.073

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1583483.pdf	10/08/2020 09:21:56		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CoParticipanteDirecaoDeCentro.pdf	10/08/2020 09:21:06	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinal.pdf	10/08/2020 09:20:39	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	13/07/2020 23:45:41	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/07/2020 23:42:32	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito
Outros	ConfidencialidadeSigilo.pdf	13/07/2020 23:36:29	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito
Outros	GuardaeUsodeBancodedados.pdf	13/07/2020 23:34:13	MARIA LUCIA MANTOVANELLI ORTOLAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 14 de Agosto de 2020

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br