

---

## O ABANDONO DE TRATAMENTO PSICOTERÁPICO NO CONTEXTO DE UMA CLÍNICA-ESCOLA

BERNSTEIN, Lisiane<sup>1</sup>  
SILVA, Jerto Cardoso<sup>2</sup>

---

Recebido em: 2013.07.11

Aprovado em: 2014.03.01

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.940

---

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo compreender quais são os motivos mais frequentes do abandono e da desistência de tratamento psicoterápico em uma clínica-escola no Estado do Rio Grande do Sul, durante o período de 2010. Trata-se de uma pesquisa documental, baseada em uma abordagem quantitativa, descritiva e correlacional, desenvolvida a partir da coleta de dados de 154 prontuários dos usuários do serviço. Os motivos do abandono/desistência do tratamento psicoterápico, na maioria, foram por: excesso de faltas, desinteresse na continuidade do tratamento, mudança de endereço, não ter como trazer o paciente e indisponibilidade de horário.

**Palavras-Chave:** Abandono. Desistência. Tratamento Psicoterápico. Clínica-escola.

**SUMMARY:** The aim of the article consists in understanding the most frequent reasons that make people abandon and give up psychotherapeutic treatment in a clinical school in the State of Rio Grande do Sul, during the 2010 period. It is in fact a documental survey, based on a quantitative, descriptive and correctional approach, developed through the collection of data contained in 154 records of users of the service. The reasons for the abandonment of the psychotherapeutic treatment, in most cases, were due to: excessive absences, lack of interest in the continuity of the treatment, change of address, the impossibility to bring the patient and lack of time.

**Keywords:** Abandonment. Relinquishment, Psychotherapeutic Treatment, Clinical School.

---

### INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma pesquisa documental que tem como objetivo compreender os motivos do abandono/desistência de usuários em tratamento psicoterápico. O estudo foi realizado junto a uma clínica-escola, no estado do Rio Grande do Sul, com base em prontuários de pacientes que abandonaram/desistiram do atendimento no ano de 2010.

O termo abandono, proposto por Lhullier e Nunes (2004), designa situações que incluem o término prematuro do tratamento. Nesses casos, o terapeuta tem como meta levar adiante a psicoterapia por mais sessões e é surpreendido pelo abandono/desistência do paciente. Assim, a compreensão dos processos terapêuticos, envolvidos na eficácia dos atendimentos psicológicos, tornou-se um aspecto central ao trabalho clínico e de pesquisa em diferentes modelos psicoterápicos e abordagens teóricas.

Segundo Güntert (2000), na prática clínica junto aos serviços-escola, pode-se observar que o abandono/desistência do tratamento psicoterápico vem avançando e atingindo todas as faixas etárias. Esses serviços são um espaço privilegiado de prática de alunos da graduação no exercício e aplicação do que aprenderam nas disciplinas durante os seus cursos, sendo uma oferta feita pelas Universidades de prestação de serviços de atendimento psicológico, gratuito ou semigratuito, à comunidade. Poderíamos pensar que se trata de um problema que estaria associado à inexperiência dos alunos. No

---

<sup>1</sup> Unisc - Universidade de Santa Cruz do Sul

<sup>2</sup>

entanto estudos de revisão de literatura, como os de Benetti e Cunha (2008), dizem que essa é uma preocupação pontual nos serviços de saúde mental de forma geral.

Gastaud (2008) comenta que há uma grande dificuldade em definir abandono e desistência, devido ao fato de que a definição depende da modalidade de tratamento, do referencial teórico que embasa a técnica utilizada e que, mesmo dentro dessa modalidade, não existe concordância quanto aos critérios que devem compor essa definição. Sendo assim, definir abandono, com base no julgamento do terapeuta e de seu supervisor (a), parece ser a forma mais adequada. As definições de abandono e de desistência, fundamentadas nesses julgamentos, acabam mostrando-se as mais confiáveis, independente da modalidade de tratamento, respeitando a singularidade de cada caso, os objetivos do tratamento e levando em consideração se esses foram ou não atingidos, independentemente do motivo que levou à interrupção.

O abandono da psicoterapia, conforme Lhullier e Nunes (2004, p.44), ocorre “quando o paciente, por decisão unilateral, com ou sem o conhecimento prévio do terapeuta, tendo comparecido a pelo menos uma sessão de terapia, cessa de fazê-lo, definitivamente, independente do motivo que o levou a isso”.

Como diz Carvalho Filho (1995):

Desistência da ação é a decisão tomada pelo autor no sentido de não ver o prosseguimento do processo. Diversa é a noção de abandono da causa. Abandono é a situação processual que resulta da demonstração de desinteresse da parte no sentido de ver resolvida a controvérsia deduzida em juízo (p. 107).

Lhullier (2004) sistematiza os achados de pesquisa sobre o abandono em categorias de variáveis classificadas em relação aos aspectos sociodemográficos: variáveis específicas do paciente, variáveis do tratamento e do terapeuta, variáveis interpessoais e institucionais. Ainda assim, independente das diferentes maneiras em que os fatores associados ao abandono sejam organizados, as situações identificadas nos trabalhos refletem a complexidade dos elementos que contribuem para a percepção do paciente sobre sua condição de saúde e, conseqüentemente, sobre sua atitude diante da necessidade de cuidado e sobre as prescrições terapêuticas que deve seguir.

Silvares (2006) sugeriu denominar de abandono, quando há um rompimento ou uma interrupção, esclarecida ou não, do vínculo existente entre a instituição de atendimento e o paciente, sem que haja acordo entre ambas as partes sobre o rompimento. Abandono inclui os casos de desistência, mas não os casos em que há interrupção do tratamento porque o motivo da busca já não existe mais. Abandono significa, então, o rompimento desde a inscrição até a finalização do tratamento ou, então, quando não há o reconhecimento, tanto pela instituição como pelo paciente, de que o motivo inicial para o tratamento não existe mais. Ainda segundo os autores há dois grupos de desistência: Desistência Pré-Tratamento (DPT) e Desistência no Tratamento (DT).

Contudo, o abandono, em psicoterapia, refere-se basicamente àquelas situações de interrupção do tratamento sem que haja indicação para tal encaminhamento por parte do terapeuta em formação (LHULLIER; NUNES, 2004). Embora alguns teóricos tratem as designações abandono e desistência como sinônimos, encontramos, por parte de outros a tentativa de diferenciá-los. O abandono traz uma significação de desinteresse e descuido, fazendo uma marca sobre o trabalho do terapeuta. Já a desistência traz uma designação mais próxima a uma interrupção e uma renúncia por parte do paciente. Talvez, se esses termos fossem melhor precisados, teríamos indicativos mais claros sobre os motivos dessa interrupção. Nessa perspectiva, Carvalho Filho (1995) aponta que abandono é quando a

interrupção acontece sem um motivo claro ou plausível e desistência, quando temos por parte do terapeuta ou paciente alguma justificativa para tal.

Pensar sobre a desistência/abandono parece ser uma questão fundamental para os serviços de saúde mental, pois retoma o processo psicoterápico e reconduz os projetos terapêuticos. No entanto, acreditamos que esse registro seja pouco elaborado nos prontuários, não havendo uma descrição dos motivos. O abandono/desistência tem marcado o final do tratamento. No entanto, acreditamos que ele deveria fomentar novas reflexões sobre o próprio processo e o serviço prestado.

## **MÉTODO**

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa realizada durante o período de 2010 nos prontuários dos pacientes em psicoterapia num serviço-escola com o objetivo de compreender o abandono/desistência de pacientes em psicoterapia em uma clínica-escola no estado do Rio Grande do Sul.

### **Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa documental baseada em uma abordagem quantitativa, descritiva e correlacional, desenvolvida a partir da análise de frequência de respostas encontradas nos prontuários de pacientes que haviam abandonado/desistido do atendimento psicoterápico no ano de 2010.

A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS), de acordo com a Resolução CONEP nº 196/96, tendo sido aprovada pelo Parecer Consubstanciado do CEP, nº 111.469. Os prontuários, que foram disponibilizados para a pesquisa, contêm termo de consentimento livre e esclarecido, o qual é assinado pelo usuário ao inicializar o atendimento no serviço.

### **Participantes**

Foram pesquisados 368 prontuários, do ano de 2010, de usuários do serviço, de ambos os sexos, em atendimento psicoterápico, que, no momento da pesquisa, já estavam desligados do tratamento.

### **Procedimentos**

#### **Coleta de dados**

Os dados foram coletados a partir dos prontuários de paciente que abandonaram/desistiram do atendimento e que foram arquivados no ano de 2010. Como instrumento, utilizou-se um protocolo de pesquisa formulado a partir de doze perguntas, nas quais foram levantadas as seguintes informações: número do prontuário no ano de 2010, sexo, idade, data de nascimento, escolaridade, encaminhamento ao serviço, diagnóstico, abordagem, sintoma, uso ou não de medicação, tempo de acompanhamento psicoterápico, número de sessões e motivos da desistência, quando registrados.

#### **Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados através do programa estatístico SPSS for Windows versão 17.0, abrangendo médias, análises de frequências, porcentagens, cruzamentos de tabelas e correlação entre variáveis.

Tendo em vista que muitos dos usuários apresentaram mais de um sintoma, foram utilizadas respostas de múltipla escolha, o que explica um percentual superior a 100 % em relação a esses dados.

## RESULTADOS

Foram analisados 368 prontuários do ano de 2010, sendo, desses, 154 incluídos no estudo por apresentarem o registro de abandono/desistência, em local específico do prontuário, por parte dos terapeutas, o que corresponde a 41,85% do total de desligamentos.

As tabelas apresentadas abaixo são as mais significativas deste estudo. Determinados dados não estavam completos nos prontuários, fazendo com que o número de casos em que não consta a informação seja bastante alto em algumas variáveis.

**Tabela 1** – Abandono e Desistência de Tratamento quanto ao Sexo

Sexo	Frequência	Percentual
Total	154	100
Feminino	102	66,2
Masculino	52	33,8

Conforme consta na Tabela 1, dos usuários que frequentaram o serviço em 2010, 52 eram homens (33,8%) e 102 eram mulheres (66,2%). Apesar da grande diferença de percentual, pois majoritariamente são as mulheres que abandonam o tratamento, o número de mulheres atendidas é maior.

**Tabela 2** – Abandono e Desistência de Tratamento quanto à Escolaridade

	Frequência	Percentual
Total	154	100
Fundamental incompleto	61	39,6
Médio completo	19	12,3
Fundamental completo	12	7,8
Superior incompleto	12	7,8
Médio incompleto	11	7,1
Superior completo	2	1,3
Não consta	37	24

Conforme consta na Tabela 2, dos usuários que frequentaram o serviço, abandonaram e desistiram do tratamento, 61 (39,6%) possuem Ensino Fundamental Incompleto; 19 (12,3%) Ensino Médio Completo; 12 (7,8%) Ensino Fundamental Completo, 12 (7,8%) Ensino Superior Incompleto, 11 (7,1%) Ensino Médio Incompleto; 2 (1,3%) Ensino Superior Completo. Os demais usuários não informaram a escolaridade. O baixo percentual de usuários que abandonam/desistem dos atendimentos que possuem ensino superior completo também pode ser explicado em função de se tratar de um serviço público não estatal destinado à população de baixa renda. Wierzbicki e Pekarik (1993) também identificaram que raça, nível educacional e renda estavam associados a um maior número de abandono.

**Tabela 3 – Abandono e Desistência de Tratamento quanto aos Sintomas**

Sintomas	Respostas		Percentual dos Casos
	N	Percentual	
Total	88	100	118%
Ansiedade	27	30,70%	36,50%
Dificuldade de concentração/Atenção/Aprendizado	22	25,00%	29,70%
Agressividade	15	17,00%	20,30%
Autoimagem distorcida	9	10,20%	12,20%
Compulsão	6	6,80%	8,10%
Ideação suicida	5	5,70%	6,80%
Medo/Fobias	4	4,50%	5,40%

Os tipos de sintomas totalizam em 154 registros, uma vez que se trata de respostas de múltipla escolha, aparecendo mais de uma vez para uma mesma pessoa.

Conforme consta na Tabela 3, tendo como base frequências de sintomas, os percentuais obtidos são de 36,5% com relação à ansiedade; 29,7% dificuldade de concentração - atenção - aprendizado; 20,3% agressividade; 12,2% autoimagem distorcida; 8,1% compulsão; 6,8% ideação suicida; e 5,4% medos - fobias.

Os sintomas mais frequentes entre os que abandonam o atendimento foram: ansiedade, registrado em 27 casos (30,7%); e dificuldade de concentração/atenção/aprendizado com 22 casos (25,0%). A agressividade ocorreu em 15 casos (17,0%); a autoimagem distorcida em 9 casos (10,2%); a compulsão em 6 casos (6,8%); a ideação suicida em 5 casos (5,7% do total); e os medos/fobias observados entre 4 casos (4,5%).

Também, nessa situação, a tabulação dos dados ocorreu mediante respostas de múltipla escolha, o que explica um percentual de 118,9% de ocorrência, distribuídos entre 88 casos, tendo em vista a incidência de mais de um sintoma para um mesmo usuário.

**Tabela 4** – Abandono e Desistência de Tratamento quanto ao Uso de Medicação

Resposta	Frequências	Percentual
Total	154	100
Sim	58	37,7
Não	56	36,4
Não consta	40	26

A Tabela 4 mostra que 58 usuários (37,7%) tomam medicação psicofarmacológica. Já 56 usuários (36,4%) não fazem uso de medicação; no entanto, não há registro sobre o uso ou não de medicação em relação a 40 usuários (26,6%). Não havendo diferenças significativas quanto ao uso. Assim, constatamos que a psicoterapia associada ao uso ou não de medicação não foi fator determinante de abandono e desistência. Como não faz parte da função do psicólogo medicar, muitas vezes o dado só é percebido se for informado pelo usuário. Também é possível que o registro não tenha ocorrido porque esta informação não se mostrou pertinente ao longo do tratamento psicoterápico. Dessa forma, a inexistência desse dado em alguns prontuários pode indicar que não há uso de medicamento, ou simplesmente que a informação não foi central no processo psicoterapêutico.

**Tabela 5** - Abandono e Desistência de Tratamento quanto ao Tempo de Acompanhamento Psicoterápico

Período	Frequências	Percentual
Total	154	100
Menos de 6 meses	106	68,8
De 06 meses a 01 ano	19	12,3
De 01 ano a 02 anos	6	3,9
De 02 anos a 03 anos	2	1,3
Não houve	1	0,6
Não consta	20	13

**Tabela 6 - Abandono e Desistência de Tratamento quanto aos Motivos**

Motivo	Frequências	Percentual
Total	154	100
Desligado por faltas	34	22,1
Abandonou a psicoterapia sem motivo descrito	33	21,4
Desistiu da psicoterapia sem motivo descrito	26	16,9
Sem interesse na psicoterapia	17	11
Mudou-se de cidade	6	3,9
Paciente sente-se melhor	5	3,2
Responsável não tem como trazer o paciente à psicoterapia	5	3,2
Indisponibilidade de horário	5	3,2
Preferência por outro local de psicoterapia	4	2,6
Paciente não tem como vir à psicoterapia	3	1,9
Nunca compareceu a psicoterapia	2	1,3
Paciente diz não precisar mudar nada em si próprio	1	0,6
Problemas de saúde	1	0,6
Não aderiu à psicoterapia individual	1	0,6
Não consta	11	7,1

Conforme consta na Tabela 6, os números mais relevantes de motivos de abandono/desistência do tratamento psicoterápico foram de 34 (22,1%) usuários desligados por faltas; 33 (21,4%) abandonaram a psicoterapia sem motivo descrito; 26 (16,9%) desistiram; e 17 (11 %) não apresentaram interesse pela psicoterapia.

## DISCUSSÃO

Segundo Melo e Guimarães (2005), são necessárias ações que possam auxiliar a redução desta alta incidência de abandono de tratamento, por meio de abordagem e de ações especiais, implementadas enquanto políticas públicas.

Ceitlin e Cordioli (1998) referem que o início de uma psicoterapia desperta uma variedade de sentimentos e emoções em seus participantes e que grande parte do sucesso do tratamento depende do seu entendimento e manejo adequado. A tarefa principal do psicoterapeuta, no início do tratamento psicoterápico, é conhecer ao máximo o seu paciente e proporcionar as condições para o desenvolvimento de confiança genuína, aumentando, assim, as chances de desenvolver um desfecho favorável da terapia. A fase inicial é crucial para a permanência ou não no tratamento, pois muitos pacientes que abandonam o fazem nas primeiras sessões como corrobora a nossa pesquisa. A permanência em psicoterapia depende, pois, em grande parte, da congruência entre os objetivos de ambos. O nosso estudo aponta um número maior de desistência por parte das mulheres. No entanto, não se pode afirmar que as mulheres apresentem maior frequência de abandono, pois há uma baixa procura pela psicoterapia por parte dos homens. Isso talvez pelo fato de os homens terem uma resistência maior em admitir seus problemas perante outras pessoas e dificuldade de pedir ajuda para

resolvê-los. As psicoterapias foram criadas para todos os indivíduos que sofrem de algum distúrbio ou mal-estar; entretanto, visam também o aprimoramento pessoal e o autoconhecimento, ainda que não ocorram distúrbios manifestos (RAMADAM, 1987).

Além disso, a falta de informação aos pacientes quanto ao processo terapêutico no início do atendimento tem sido associada à interrupção da terapia, indicando que muitos abandonos ou desistências ocorrem pelo fato de o terapeuta não esclarecer ao seu paciente como funciona a terapia (FIGUEIREDO; SCHVINGER, 1981).

Ceitlin e Cordioli (1998) ressaltam que o contrato terapêutico é fundamental para uma aliança terapêutica adequada, bem como para a adesão ao tratamento psicológico.

A formação e o exercício da psicoterapia exigem um trabalho árduo e intenso sobre o próprio terapeuta. Todo processo terapêutico implica uma grande dedicação do terapeuta e o coloca diante das mais intrigantes e profundas questões existenciais, quando mergulha no universo singular de cada paciente, e coloca-se dialogicamente disponível para a relação (CARDELLA, 2002).

Tavora (2001) destaca que ao iniciar os atendimentos, os terapeutas estão em diferentes estágios de amadurecimento pessoal e profissional e todos se deparam com as mesmas angústias provocadas pelos primeiros contatos com os pacientes. No processo de internalização de um método de atendimento e definição de estilo pessoal, esses profissionais necessitam de uma orientação básica que possa guiar seus primeiros passos (TAVORA, 2001: 23).

Calligaris (2004) alerta que,

a orientação terapêutica na qual você se formou ou está se formando [...] não é uma ideologia, nem uma fé na qual seria preciso que você acreditasse, nem uma espécie de dívida que você contraiu com seus mestres e que o forçaria a se fazer seu repetidor e arauto fiel (pág. 65).

De acordo com Cardella (2002) o aprimoramento e a qualidade do terapeuta se favorecem com o desenvolvimento pessoal, ou seja, em situações nas quais possa alargar seu campo de percepção e o contato com seu próprio universo. O terapeuta em formação precisa estar familiarizado com suas questões particulares, pois pode haver, em muitos momentos, o confronto com as questões da vida de outras pessoas que talvez não estejam resolvidas em sua própria vida. Para que isto não se transforme em obstáculo na relação e não prejudique o processo do paciente, é fundamental que o psicoterapeuta conheça e trabalhe suas limitações.

Benjamin (2004) comenta que quanto mais nos conhecemos, melhor podemos entender e controlar nossos comportamentos e, assim, melhor compreender e apreciar o comportamento dos outros. Quanto mais familiarizados conosco, menor a ameaça que sentimos diante do que encontramos. Deste modo, podemos gostar de algumas coisas nossas e tolerar melhor aquelas de que não gostamos. Quando estamos bem com o nosso self, a tendência deste a interferir em nossa compreensão do self do outro durante a entrevista é menor.

Para Benjamin (2004 p.72-3):

a compreensão exige o uso de um instrumento indispensável: ouvir. Ouvir de verdade é um trabalho difícil, implica muito pouca coisa de mecânico. Ouvir exige, antes de mais nada, que não estejamos preocupados, pois se estivermos, não poderemos dar uma atenção plena. [...] O ouvir implica escutar o modo como as coisas estão sendo ditas, o tom usado, as expressões, os gestos empregados, [...] inclui o esforço de perceber o que não está sendo dito, o que apenas é sugerido, o que está oculto, o que está abaixo ou

---

acima da superfície. Ouvimos com nossos ouvidos, mas escutamos também com nossos olhos, coração, mente e vísceras. [...] à medida em que aprendemos mais e mais a escutar com compreensão os outros, mais aprendemos a escutar com compreensão a nós próprios.

Sabemos que um sintoma não está ali à toa. Sendo a melhor solução que o sujeito encontrou diante de um conflito, ele é melhor do que aquilo que veio, de certa forma, encobrir. A grande novidade de Freud foi tratar o sintoma não como um defeito ou como uma degeneração, mas como uma via de expressão do sujeito (MAURANO, 2003, p. 45).

Miller (1997) diz que o simples fato de o paciente falar o faz recuar diante do sofrimento, distanciando-se do mesmo e, por consequência, criando um alívio. Olhando de uma forma mais abrangente, entende-se que um sintoma tem um sentido e um significado para cada paciente, e a psicoterapia pode ajudar a encontrar esse sentido, o que realmente o sintoma representa na vida de cada um, a partir de sua história, de sua visão de mundo, de suas marcas anteriores.

A importância do sintoma é sinalizada por Hycner (1995), quando afirma que o problema que o cliente traz para terapia é a resposta para a cura, uma vez que os problemas não existem para ser eliminados, mas sim para ser integrados. Segundo o autor, a inter-relação do nosso lado problemática com o lado criativo foi compreendida intuitivamente pelo poeta Rilke, quando afirma, na frase que lhe é atribuída: “Se você leva embora meus demônios, estará levando embora meus anjos”. (HYCNER, 1995, p. 129).

Pinheiro (2002) diz que, nas primeiras entrevistas, a satisfação do paciente está direcionada mais à oportunidade de expressão de sua queixa do que à possibilidade de sentir-se melhor. É, pois, importante para o terapeuta reparar para essa atitude inicial antes de qualquer outra intervenção. Outros aspectos importantes são a não obtenção dos benefícios esperados e o desgaste na relação profissional da saúde/paciente (VALLE; VIEGAS; CASTRO; TOLEDO JR., 2000).

O abandono no início do tratamento pode estar relacionado a variáveis referentes ao paciente. Isso se deve ao fato de que, no início da terapia, ainda não existe um vínculo significativo entre paciente e terapeuta. Muitas vezes, o abandono e a desistência do paciente podem ser vividos como um fracasso pessoal pelo psicoterapeuta (FIGUEIREDO & SCHVINGER, 1981). A maioria, no entanto, dos que abandonam prematuramente a psicoterapia acabam solicitando retorno de atendimento, necessitando reiniciar o processo diagnóstico e os encaminhamentos (GOLDENBERG, 2002).

Bueno (2001) identificou que, na maioria dos estudos, os pacientes jovens, a distância do local de atendimento, o fato de ser solteiro e de nível socioeconômico baixo constituíam os casos mais frequentes de abandono psicoterápico. Outros aspectos citados, porém com menor frequência, para justificar o abandono, são as características familiares, como o número de filhos; as dificuldades financeiras; a ocupação do paciente; a falta de apoio social, de seguro saúde e de rede de integração social.

Nas instituições de ensino, fatores como a necessidade de trocas periódicas de terapeuta parecem explicar uma parte significativa dos abandonos e desistências (LHULLIER A.C, NUNES M.L.T, ANTOCHEVIS A.F, 2000). Em torno de 33% dos abandonos ou desistências ocorrem por causa da mudança de terapeuta, já que nem todos os tratamentos são concluídos no tempo de estágio do terapeuta (LHULLIER; NUNES; ANTOCHEVIS; PORTO; FIGUEIREDO, 2000).

Lhullier (2002) diz que a continuidade ou não de um tratamento está mais relacionada ao tipo de interação terapeuta-paciente do que com a técnica utilizada. De uma forma geral, as pesquisas apontam que a qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta-paciente é um fator responsável pelo

sucesso de uma psicoterapia. Nesse sentido, pacientes, com dificuldade de acesso ao local do tratamento, apresentam dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica (LIBERMANN, 1994), assim como no tipo de vínculo que ambos estabelecem. Além disso, como aponta Bauman (2001, p. 148), interfere no resultado de muitas ações, o imediatismo irresponsável de nosso tempo. “A escolha racional na era da instantaneidade significa *buscar a gratificação evitando as consequências*, e particularmente as responsabilidades que essas consequências podem implicar”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contribui, após reunir informações sobre os motivos das desistências/abandonos do tratamento psicoterápico, com a reflexão sobre essa temática, ainda pouco explorada, e importante para pensar os serviços de atendimento psicológico e o próprio processo terapêutico.

Foucault (2004), ao longo de toda sua obra, mostrou que o caminho para o autoconhecimento é difícil, mas está ao alcance de todos, nos pequenos espaços de resistência, nas pequenas linhas de fuga, até mesmo nos espaços mais confinados e opressores.

Segundo Gatti e Jonas (2005), a clínica-escola vem buscando conhecer a população e o modo pelo qual o atendimento vem sendo prestado, dado ser essa uma forma de aprimorar o serviço, bem como alimentar uma reflexão sobre os pressupostos e técnicas que norteiam o trabalho do profissional. Há uma grande dificuldade de definir desistência em psicoterapia, pois depende das diversas abordagens dessa questão. O conceito, a definição depende da modalidade de tratamento, ou seja, do referencial teórico que embasa a técnica utilizada. No entanto, mesmo quando dentro da mesma modalidade, ainda não há concordância quanto aos critérios que devem compor essa definição.

Em muitas situações, foi observada a falta de registros mais pontuais e descritivos sobre o abandono/desistência do tratamento nos prontuários. Os dados incompletos de alguns prontuários serviram para dificultar a elucidação de algumas questões. Esse dado ratifica a necessidade de novas formas de pesquisa sobre esse tema, talvez com a utilização de questionários, de entrevistas com pacientes que desistiram/abandonaram o tratamento, ampliando desse modo as informações aqui apresentadas. Outra necessidade constatada e a de provermos nos prontuários um espaço específico para discussão sobre os motivos de abandonos/desistências.

## REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, p. 148.

BENETTI, S. P. C.; CUNHA, T. R. S.. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** [online], v. 60, n.2, p. 48-59, 2008.

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BUENO, H. A. et. al.. *El abandono terapéutico*. **Actas Spain Psiquiatria**. v. 29, n. 1, p. 33-40, 2001.

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos.** Rio de Janeiro: Elsevier. 2004.

CARDELLA, B. H.P. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica.** São Paulo: Summus, 2002.

CARVALHO FILHO, J. S. **Ação civil pública: comentários por artigo.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1995. 460 p. Cap. 9: Desistência ou abandono da ação, p. 107-116.

CEITLIN, L. H. F.; CORDIOLI, A. V. **O início da psicoterapia.** In: CORDIOLLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 99-108.

FIGUEIREDO, M. C. E; SCHVINGER, A. A. **Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 33, n. 1, p. 46-57, 1981.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2004, p.127-129.

GASTAUD, M. B. **Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças.** 2008. 72 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia PUCRS, Porto Alegre, 2008. .

GATTI, A. L.; JONAS, A. L. (2005). **Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clínica-escola no ano de 2005.**

GOLDENBERG, V. Classificação das correlações de duração da psicoterapia. Administração e Políticas em Saúde Mental, V. 29, n. 3, p. 201-214, 2002.

GÜNTERT, A. E. V. A. et. al.. As variáveis determinantes na aderência à psicoterapia: uma investigação em clínica-escola. **Psico USF**, 5 (2),13-23. 2000.

HYCNER, Richard. **De Pessoa a Pessoa – Psicoterapia Dialógica.** São Paulo: Summus. 1995, p.127-129.

LHULLIER, A. C. **Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola.** 2002. 183p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

\_\_\_\_\_; NUNES, M. L. T. et. al. Mudança de terapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. **Aletheia**, v. 11, s/n, p. 7-11, 2000.

\_\_\_\_\_; NUNES, M. L. T. Uma aliança que se rompe. **Psicologia Ciência e Profissão - Diálogos**, v. 1, s/n, p. 43-49, 2004.

LIBERMANN, Z. O paciente de difícil acesso em tratamento de orientação analítica. **Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul**, v. 16, n. 2, p. 103-106, 1994.

MAURANO, D. **Para que serve a Psicanálise.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 2003, p.15-45.

MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados ao abandono do tratamento psiquiátrico em um centro de referência em saúde mental. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v 27, n. 2, p. 113-118, 2005.

MILLER, J.A. **Lacan elucidado**: palestras no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: J. Zahar, 1997. (Campo freudiano no Brasil).

PINHEIRO, S. D. **Vínculo e abandono em psicoterapia psicanalítica**. 2002. 153f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Curso de Pós - Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2002.

RAMADAM, Z. B. A. **Psicoterapias**. São Paulo: Ática, 1987.

SILVARES, E. F. M. (2006). Abandonoem clínica-escola: uma nova estratégia de inscrição e triagem com objetivos preventivos. Simpósio: abandono de atendimento de crianças em clínica-escola: preditores e estratégias de prevenção. Anais XXXVI Reunião Anual de Psicologia. **Resumos**. Salvador, Sociedade Brasileira de Psicologia. cd-rom.

TAVORA, M. T. (2001). **Treinamento em psicoterapia individual, de grupo e de casal**: um guia para supervisores e terapeutas iniciantes. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial.

VALLE, E. A. et. al.. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira Clínica**, v. 26, n. 3, p. 83-86, 2000.

WIERZBICKI, M.; PEKÁRIK, G.A. Meta-análise de abandono de psicoterapia. **Psicologia Profissional - Pesquisa e Prática**, v 24, n. 2, p. 190-195, 1993.