

CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA ATENDIDA EM TERAPIA DE FAMÍLIA EM UMA CLÍNICA-ESCOLA

*FEATURES OF CLIENTS ATTENDED IN
FAMILY THERAPY IN A SCHOOL CLINIC*

*CARACTERÍSTICAS DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN
TERAPIA FAMILIAR EN UNA INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*

*Angélica Paula Neumann**
*Adriana Wagner***

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia familiar em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS) a partir da percepção dos integrantes das famílias. Foram realizadas entrevistas estruturadas com 41 adultos encaminhados para terapia familiar. As informações foram submetidas à Análise de Conteúdo e a análises descritivas. Os resultados demonstram que as famílias convivem com os problemas por um longo período de tempo antes de chegar à terapia familiar. As mulheres são as protagonistas da busca de ajuda e das estratégias tentadas anteriormente para solucionar os problemas. A maior parte das queixas está centrada nos filhos, no entanto as causas dessas queixas são atribuídas pelos participantes a dificuldades no exercício parental. Tais dados permitem reflexões sobre a prática clínica com famílias em clínicas-escola, especialmente no que diz respeito à necessidade de envolver todos os integrantes no processo terapêutico e de efetuar a transição da queixa para a demanda desde o período de avaliação inicial.

Palavras-chave: clínica-escola; terapia familiar; características da família.

ABSTRACT

The study aimed to identify the features of clients attended in family therapy in a school clinic in Porto Alegre (RS). Structured interviews were realized

* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

with 41 adults referred to family therapy in a school clinic. Data was analyzed by Content Analysis and descriptive statistics. Results showed that the families lived with their problems for years before beginning family therapy. Women were the ones who decided to seek help in most cases, and also were the ones who most tried to solve the problems previously. Most part of complaining was about children, but the causes attributed to these complaints were centered on parental behavior. These data allow us to reflect on the clinical practice with families attended in school clinics, especially about the need to involve all family members on the therapeutic process. Furthermore, it indicates that the transition of the complaint to the real demand of the families must begin during the evaluation period.

Keywords: school clinic; family therapy; family features.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar las familias atendidas en terapia familiar en una institución de formación en Porto Alegre (RS), a partir del informe de uno de los miembros de la familia. Se realizaron entrevistas estructuradas con 41 adultos derivados a la terapia familiar. Las informaciones fueron sometidas a Análisis de Contenido y análisis descriptivos. Los resultados demuestran que las familias viven con los problemas por largo período de tiempo antes de venir a la terapia familiar. Las mujeres son las protagonistas de la búsqueda de ayuda y de los intentos previos para resolver el problema. La mayoría de las quejas se centran en los niños, sin embargo, las causas de estas quejas son asignadas por los participantes a las dificultades de los padres. Estos datos permiten reflexionar sobre la práctica clínica ejercida con las familias en las instituciones de formación, sobre todo en lo que respecta a la necesidad de involucrar a todos los miembros en el proceso terapéutico y hacer la transición de la queja a la demanda a partir de los primeros contactos con la familia.

Palabras clave: institución de formación; terapia familiar; características de la familia

Introdução

Está amplamente documentada na literatura nacional a relevância de investigar a clientela que busca atendimento psicológico em clínicas-escola. Estudos nessa área possibilitam o planejamento de estratégias que atendam às necessidades

da clientela e enriqueçam a formação dos alunos (Romaro & Capitão, 2003), auxiliando na formulação de intervenções que visem à prevenção de riscos (Wielewicki, 2011) e permitindo a avaliação da efetividade do atendimento (Cunha & Benetti, 2009).

Desde a década de 80, inúmeras pesquisas foram realizadas com o intuito de conhecer quem são as pessoas que buscam esse serviço. Ao longo desse período, encontrou-se um perfil recorrente de público, caracterizado por meninos em idade escolar apresentando queixas de comportamento e dificuldades de aprendizagem e mulheres jovens com problemas emocionais (Campezatto & Nunes, 2007; Lopez, 1983). Nos últimos anos, porém, novos estudos têm sugerido mudanças nesse perfil, como o aumento na procura por crianças do sexo feminino e a crescente semelhança entre as queixas de meninos e meninas (Boaz, Nunes, & Hirakata, 2012).

Além dessas, pesquisas revelam outras mudanças no público atendido pelas clínicas-escola. Estudos recentes têm investigado as especificidades de diferentes grupos que procuram e são atendidos por esse serviço, tais como crianças pré-escolares (Moura, Marinho-Casanova, Meurer, & Campana, 2008), pessoas divorciadas (Romaro & Oliveira, 2008) e homens adultos (Macedo, Silva, Giaretta, Ribas, & Druck, 2010). Outras investigações têm sido feitas conforme as modalidades de atendimento, investigando, por exemplo, o público atendido em terapia cognitivo-comportamental (Bortolini, Pureza, Andretta, & Oliveira, 2011) e em serviços de avaliação psicológica (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013). Essas mudanças revelam maior versatilidade nos serviços oferecidos por essas instituições e no público que os utiliza. Apesar disso, ainda são poucas as pesquisas que versam sobre a população atendida em terapia de família.

Os estudos brasileiros direcionados a essa temática revelam que famílias das mais diversas configurações têm procurado ou sido encaminhadas para terapia familiar em clínicas-escola, apresentando problemas associados à sobrecarga emocional, a conflitos na parentalidade e a dificuldades nas redes de solidariedade familiar (Féres-Carneiro, 1998; Féres-Carneiro & Magalhães, 2008). Em geral, essas famílias apresentam queixas focadas nos filhos e dificuldades no exercício da parentalidade, as quais se apresentam, de forma recorrente, associadas a problemas na conjugalidade (Magalhães, 2009).

Pesquisas internacionais denotam um perfil de queixa semelhante. Em um centro urbano dos Estados Unidos, a maior parte das buscas foi feita devido a dificuldades escolares dos filhos, a problemas de comportamento de crianças e adolescentes e a dificuldades associadas à monoparentalidade (Smock, McWey, & Ward, 2006). Em casos mais graves, a chegada à terapia de família ocorreu através

do encaminhamento de serviços de proteção à infância e adolescência, devido a situações de infrações, problemas de comportamento, uso de drogas e violência doméstica (Ogden & Hagen, 2009). Nesses casos, bem como nas situações em que a criança ou adolescente já passou por vários serviços de saúde mental, Oliver, Searight e Lightfoot (1988) constataram maior tendência ao encaminhamento para terapia de família em comparação com terapia individual.

Essas informações a respeito das principais queixas e fontes de encaminhamento elucidam algumas características das pessoas que usufruem da terapia de família em clínicas-escola, contudo ainda há lacunas a respeito de quem são essas famílias e de como elas percebem os problemas que enfrentam. Frente a isso, este trabalho tem como objetivo caracterizar a clientela atendida em terapia familiar em uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre (RS) a partir da percepção dos membros das famílias encaminhadas. Foram investigadas variáveis sociodemográficas e de configuração familiar, o processo de busca de ajuda, as percepções sobre o problema apresentado, as tentativas anteriores de ajuda utilizadas e as expectativas sobre o tratamento.

Método

Participantes

Foram entrevistados 41 indivíduos adultos encaminhados para terapia familiar em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS). Esses participantes representavam 28 diferentes famílias, sendo que o número de pessoas entrevistadas por família variou de uma a três. Do total de entrevistados, 75,5% ($n = 31$) eram mães, avós e tias, 19,4% ($n = 8$) eram pais, padrastos, avôs e namorados e 4,9% ($n = 2$) eram filhos. A amostra foi selecionada por conveniência.

Instrumentos e procedimentos

A clínica em que esta pesquisa foi desenvolvida realiza um trabalho de formação, pesquisa e extensão universitária, atuando na formação de especialistas em atendimento clínico, incluindo terapeutas de família e casal, e oferecendo estágio em psicologia clínica a estudantes de graduação. Diferentes serviços são oferecidos à comunidade, entre os quais atendimento psicológico individual na abordagem psicanalítica, atendimento familiar e de casal na abordagem sistêmica, atendimento fonoaudiológico e atendimento psicopedagógico. Para determinar o

tratamento mais indicado para cada caso, os pacientes passam pelo processo de entrevistas iniciais, no qual é realizada a avaliação inicial dos casos e o encaminhamento para o atendimento mais adequado.

No decorrer da presente pesquisa, havia uma combinação entre os profissionais que realizavam as entrevistas iniciais e as pesquisadoras. Segundo essa combinação, quando os profissionais acordavam com os pacientes que o encaminhamento seria feito para a terapia de família, os mesmos explicavam brevemente o objetivo da pesquisa e convidavam os pacientes a participar de uma entrevista com uma das pesquisadoras. Tinha-se como critério que, para participar da entrevista, os indivíduos já deveriam ter clareza de que seriam encaminhados para terapia de família, mas não deveriam tê-la iniciado.

Antes de iniciar a entrevista, os objetivos da pesquisa eram explicados para os pacientes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esses procedimentos, dava-se início às entrevistas individuais estruturadas, realizadas com integrantes adultos das famílias encaminhadas para terapia familiar. Optou-se por realizar entrevistas individuais, e não familiares, porque a realização de uma entrevista familiar por uma pesquisadora que não participaria, posteriormente, da terapia poderia mobilizar questões que careceriam de acompanhamento terapêutico imediato. Na clínica-escola em que a pesquisa foi realizada, há uma lista de espera para atendimento, que varia em tempo de acordo com a disponibilidade de terapeutas. Dessa forma, considerou-se que as entrevistas individuais seriam menos mobilizadoras e de condução mais fácil caso isso acontecesse.

A entrevista foi guiada por um protocolo com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido especialmente para esta pesquisa. Esse protocolo foi criado com base nos aportes da teoria sistêmica sobre entrevistas clínicas iniciais com famílias (Bergman, 1996; Celano, Smith, & Kaslow, 2010; Chambers, 2012; Falceto, 2008; Karpel, 1994; Ríos González, 1994; Rodríguez-Arias & Venero Celis, 2006). Foram incluídas perguntas a respeito das características sociodemográficas e de configuração familiar, do processo de busca de ajuda, do problema apresentado, das tentativas anteriores de busca de ajuda e das expectativas sobre o tratamento. O protocolo foi avaliado por 11 juízes, terapeutas de família ou pesquisadores da área. Antes de iniciar a coleta de dados, uma entrevista piloto foi realizada.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº. 12692213.4.0000.5334), e todos os cuidados éticos de voluntariedade, sigilo e respeito foram tomados no decorrer do estudo.

Análise dos dados

Por se tratar de um levantamento quantitativo, transversal, descritivo e exploratório, foram realizadas análises descritivas. Para as perguntas fechadas, foram calculadas frequências, percentagens, médias e desvios-padrão. Já as perguntas abertas foram analisadas através de Análise de Conteúdo, modalidade Temática (Bardin, 2011), visando à quantificação dos dados pela obtenção das frequências e percentagens dos temas identificados. Cada pergunta foi analisada por dois juízes e nos casos de divergências as respostas foram classificadas por um terceiro juiz. Devido ao caráter exploratório da pesquisa, as categorias de análise foram delineadas a partir dos dados.

As perguntas acerca das queixas, principal problema da família, causa do problema e mudanças necessárias para a solução do problema foram analisadas de duas formas. Primeiramente, buscou-se identificar quais foram as queixas, principais problemas, causas e mudanças necessárias em termos de seu conteúdo. Em análise posterior, identificou-se o foco central da queixa, do problema, da causa e da mudança necessária, ou seja, onde esses aspectos se localizavam na visão do participante – se em um membro da família em especial ou em um subsistema, por exemplo.

Todas as análises foram realizadas a partir da perspectiva individual dos sujeitos entrevistados. Dessa forma, as respostas apresentadas não expressam a percepção ou condição da família como um todo, mas sim o modo como alguns de seus membros a percebem.

Nem todas as variáveis investigadas neste estudo carecem de explicação devido ao seu conteúdo ser autoexplicativo. Contudo, considera-se importante explicitar as definições das variáveis queixa, motivo de busca, fase do ciclo vital e configuração familiar. A queixa está vinculada ao pedido de ajuda formulado pela família ao buscar tratamento. Ela é compreendida como as dificuldades, insatisfações e preocupações primeiramente mencionadas pelos sujeitos ao explicar o porquê da busca pela terapia (Machado, Féres-Carneiro, & Magalhães, 2008, 2011; Rodríguez-Arias & Venero Celis, 2006). O motivo de busca, apesar de relacionado com a queixa, expressa aspectos distintos. O motivo de busca é o elemento que desencadeia a procura pela terapia no momento exato em que ela acontece, revelando o que leva a família a buscar ajuda nessa ocasião, ao invés de tê-la procurado antes ou de tê-la postergado (Bergman, 1996).

Para classificar a fase do ciclo vital, utilizaram-se os estágios propostos por McGoldrick, Carter e Garcia-Preto (2011): Adultos jovens, Novo casal, Famílias com filhos pequenos, Famílias com adolescentes, Lançamento dos filhos, Estágio

tardio da vida e Proximidade com o fim da vida. Foram considerados adolescentes os sujeitos com mais de 12 anos ou aqueles com idades de 10 e 11 anos que apresentavam uma problemática específica da fase da adolescência. Considerando a possibilidade de sobreposição de duas ou mais fases do ciclo vital na mesma família, a classificação foi realizada de acordo com a fase a que a queixa estava vinculada.

Por sua vez, as diferentes configurações familiares foram classificadas a partir das seguintes definições: a) Família intacta: formada por um pai, uma mãe e os filhos de ambos (Wagner, Predebon, Mosmann, & Verza, 2005); b) Família separada: aquela na qual houve uma separação conjugal ou divórcio, mas o cônjuge que não possui a guarda do(s) filho(s) mantém contato regular com eles. Foi assim definida considerando o contexto clínico, em que o genitor que não detém a guarda do(s) filho(s) pode ser chamado para participar do processo terapêutico; c) Família monoparental: constituída por um adulto separado, viúvo ou que nunca viveu com o cônjuge e que vive com seus filhos (López & Escudero, 2003). Nos casos decorrentes de separação, o que definiu a classificação como família monoparental foi a inexistência do contato entre um dos pais e o(s) filho(s), ficando o cuidado com a criança apenas com um dos genitores; d) Família reconstituída: inclui a mulher, o marido e os filhos de casamentos anteriores de um ou ambos os cônjuges (López & Escudero, 2003; Wagner, Ribeiro, Arteche, & Bornholdt, 1999).

Resultados

Variáveis sociodemográficas e familiares

As famílias dos entrevistados tinham uma média de 4,07 ($DP = 1,45$) integrantes e 2,3 filhos ($DP = 0,9$). A renda familiar mensal média reportada pelos participantes foi de R\$ 1985,89 ($DP = R\$ 1301,46$), o equivalente a 2,9 salários mínimos no momento da pesquisa. Para 31,7% ($n = 13$) dos sujeitos, a principal provedora financeira da família era a mãe, seguida pelo pai (24,4%, $n = 10$) e pelos avós (14,7%, $n = 6$). Apenas quatro respondentes declararam que pai e mãe contribuíam igualmente para o sustento da casa (9,8%). Perguntados sobre a situação financeira familiar, cerca de metade dos respondentes avaliou-a como regular (53,7%, $n = 22$), enquanto 34,1% ($n = 14$) a avaliaram como ruim e muito ruim e apenas 9,8% ($n = 4$) a avaliaram como boa. Grande parte dos participantes referiu ter alguma religião (85,4%, $n = 35$).

No momento da entrevista, metade dos participantes vivenciava a fase do ciclo vital denominada Famílias com filhos adolescentes (48,8%, $n = 20$). A se-

gunda maior proporção foi de Famílias com filhos pequenos (43,9%, $n = 18$). Três participantes (7,3%) vivenciavam a fase de Lançamento dos filhos.

Em relação à configuração familiar, 31,7% ($n = 13$) dos participantes viviam em famílias separadas. Aqueles que viviam em famílias intactas representaram 22% ($n = 9$) da amostra, proporção igual à de famílias reconstituídas (22%, $n = 9$). Cinco pessoas (12,2%) eram de famílias monoparentais maternas e outras cinco (12,2%) apresentaram outras configurações.

Processo de busca de ajuda

No que diz respeito ao processo de busca de ajuda, para 58,5% ($n = 24$) dos participantes, as mães foram as pessoas que fizeram o primeiro contato com a clínica, seguidas pelas avós (26,9%, $n = 11$). Também foram as mães (43,9%, $n = 18$) e avós (14,6%, $n = 6$) quem mais tiveram a ideia de procurar atendimento psicológico segundo os respondentes, embora outros membros da família, amigos e instituições de saúde e ensino tenham sugerido a busca para 41,5% ($n = 17$) dos participantes.

Apenas 26,8% ($n = 11$) dos entrevistados já buscavam terapia de família ao procurar a clínica-escola. Entre o restante, 46% ($n = 19$) esperavam que um ou mais membros da família seriam atendidos individualmente, 14,6% ($n = 6$) não sabiam que tipo de atendimento receberiam e três pessoas (7,3%) esperavam mais de um tipo de atendimento, como por exemplo, terapia individual e terapia familiar. Apesar desses dados, 90,2% ($n = 37$) dos entrevistados ficaram satisfeitos com o encaminhamento para a terapia de família.

Ao imaginar quais pessoas da família deveriam participar dos atendimentos, 41,5% ($n = 17$) dos entrevistados consideraram que todos os membros da família deveriam comparecer às sessões. No entanto, a mesma proporção de respondentes reportou que apenas um subsistema precisaria participar do tratamento (41,5%, $n = 17$).

Problema apresentado

As principais queixas reportadas pelos entrevistados no momento da procura foram preocupações, dificuldades ou insatisfações com o comportamento ou personalidade de um membro da família (32,9%, $n = 25$), como por exemplo, estudar pouco, desobedecer, parar de trabalhar, “incomodar” e ser egoísta. A segunda maior proporção foi de queixas associadas a dificuldades no exercício da parentalidade (13,2%, $n = 10$) e brigas e insatisfações com o relacionamento familiar (13,2%, $n = 10$), seguidas por doenças (11,8%, $n = 9$), como o alcoolis-

mo (Tabela 1). Em sua maioria, essas queixas estavam localizadas em um ou mais filhos (47,4%, $n = 36$), seguidas por queixas centradas em um dos progenitores (32,9%, $n = 25$). Como pode ser visto na Tabela 2, das queixas localizadas em um dos progenitores, apenas 10,5% ($n = 8$) foram reportadas pelo próprio genitor, que assumiu suas dificuldades. Na maior parte dos casos, o sujeito informante reportou insatisfações referentes ao outro progenitor (22,4%, $n = 17$).

Tabela 1: Conteúdo das queixas, principais problemas e causas

Categoria	Queixa		Principal problema		Causa	
	n	%	n	%	n	%
Comportamento ou personalidade de uma pessoa	25	32,90%	17	24,30%	13	22%
Dificuldades na parentalidade	10	13,20%	10	14,30%	18	30,50%
Manejo dos filhos	7	9,20%	3	4,30%	3	5,10%
Divergências entre cuidadores	2	2,60%	5	7,10%	5	8,50%
Baixo envolvimento parental	1	1,30%	2	2,80%	10	16,90%
Relacionamento familiar e brigas	10	13,20%	17	24,30%	3	5,10%
Doenças	9	11,80%	4	5,70%	9	15,20%
Doenças: Álcool e drogas	7	9,20%	2	2,80%	3	5,10%
Doenças: Outras doenças	2	2,60%	2	2,80%	6	10,20%
Mudanças ocasionadas pelo rompimento conjugal	5	6,60%	5	7,10%	4	6,80%
Morte e tentativa de suicídio	4	5,30%	2	2,80%	3	5,10%
Problemas escolares	5	6,60%	2	2,80%	3	5,10%
Violência e problemas com a lei	5	6,60%	3	4,30%	–	–
Situação econômica	–	–	4	5,70%	–	–
Influência de terceiros	–	–	–	–	3	5,10%
Outros	3	3,90%	6	8,60%	3	5,10%
Total	76	100%	70	100%	59	100%

Ao investigar qual era o principal problema da família na opinião dos respondentes, encontraram-se resultados similares às queixas, porém com proporções diferentes. Percebe-se uma diminuição na taxa de reclamações a respeito do comportamento ou personalidade de uma pessoa (24,3%, $n = 17$) e aumento nos problemas centrados no relacionamento familiar (24,3%, $n = 17$; Tabela 1). Também se observa uma mudança na localização desses problemas (Tabela 2). Quando se considera a principal dificuldade da família, diminui para 20% ($n = 14$) e 24,3% ($n = 17$) o número de problemas centrados, respectivamente, em um ou mais filhos e em um dos progenitores, ao mesmo tempo que aumentam as reclamações sobre o relacionamento entre toda a família (10%, $n = 7$) e entre subsistemas (21,4%, $n = 15$), totalizando 31,4% de problemas considerados relacionais ($n = 22$).

Tabela 2: Localização das queixas, principais problemas, causas e mudanças necessárias

Categorias	Queixa		Principal problema		Causa		Mudanças necessárias	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Em um ou mais filhos	36	47,40%	14	20%	11	18,60%	10	18,20%
Filho/a criança	17	22,40%	5	7,10%	2	3,40%	2	3,60%
Filho/a adolescente	15	19,70%	7	10%	7	11,80%	7	12,70%
Filho/a adulto/a	4	5,30%	2	2,80%	2	3,40%	1	1,80%
Em um ou ambos os pais	25	32,90%	17	24,30%	18	30,50%	22	40%
Pai/mãe respondente	8	10,50%	4	5,70%	6	10,20%	5	9,10%
Pai/mãe não respondente	17	22,40%	13	18,60%	12	20,30%	17	30,90%
Em um subsistema familiar	8	10,50%	15	21,40%	8	13,50%	7	12,70%
Subsistema fraterno	2	2,60%	3	4,30%	–	–	1	1,80%
Subsistema parental	1	1,30%	4	5,70%	5	8,50%	4	7,30%
Subsistema conjugal	2	2,60%	2	2,80%	–	0%	1	1,80%
Outro subsistema	3	2,90%	6	8,60%	3	5,10%	1	1,80%
No sistema familiar	3	3,90%	7	10%	1	1,70%	7	12,70%
Externa à família	2	2,60%	6	8,60%	11	18,60%	0	0%
Em outro membro da família	2	2,60%	8	11,40%	7	11,80%	4	7,30%
Outro	–	–	3	4,30%	3	5,10%	5	9,10%
Total		100%	70	100%	59	100%	55	100%

Quando se investigam as causas atribuídas a esses problemas, ainda, percebem-se mais algumas diferenças. Aproximadamente 30% ($n = 18$) das causas são atribuídas pelos participantes a dificuldades no exercício da parentalidade, sendo a maior parte ao baixo envolvimento parental de um dos genitores (16,9%, $n = 10$). Esse aspecto teve baixa frequência na avaliação da queixa e do principal problema familiar. Outras causas comuns seguem sendo o comportamento ou personalidade de uma pessoa (22%, $n = 13$) e a existência de alguma doença (15,2%, $n = 9$). As causas localizadas nos progenitores mantêm-se como as mais frequentes (30,5%, $n = 18$), e são seguidas por causas localizadas em um dos filhos (18,6%, $n = 11$) e externas à família, como a escola e a influência de amigos (18,6%, $n = 11$).

Para 61% ($n = 25$) dos entrevistados, a família convive com a queixa há mais de um ano, e 48,8% ($n = 20$) referem que esse período é maior do que cinco anos. As informações sobre o motivo da busca (Tabela 3), ou seja, o elemento que desencadeou a procura de ajuda no momento em que ocorreu, complementam estas informações. Segundo os participantes, o motivo mais frequente para a busca de ajuda foi o agravamento de um problema que persistiu ao longo do tempo (47,9%, $n = 23$). Em segundo lugar, foi a sugestão ou o encaminhamento de terceiros (14,6%, $n = 7$).

Tabela 3: Motivos da busca de ajuda

Categorias	n	%
Persistência de um problema:	27	56,20%
Não resolução espontânea do problema	2	4,20%
Agravamento do problema	23	47,90%
Falha nas tentativas anteriores de solucionar o problema	2	4,20%
Sugestão ou encaminhamento de terceiros	7	14,60%
Encontrar um lugar adequado	5	10,40%
Preocupação com as consequências de um problema	4	8,30%
Organização familiar para a busca da ajuda	3	6,20%
Busca de ajuda imediata	1	2,10%
Outro	1	2,10%
Total	48	100%

Tentativas anteriores de busca de ajuda

Os resultados revelam que 70,7% ($n = 29$) dos entrevistados tentaram resolver o problema de outras maneiras antes de procurar ajuda psicológica. Apesar disso, grande parte dos participantes ponderou que, em uma escala de 1 a 10, essas tentativas solucionaram o problema que vinham enfrentando, no máximo, até o nível 5 (71,4%, $n = 20$).

As principais estratégias de ajuda relatadas pelos sujeitos foram realizadas no ambiente familiar (66,7%, $n = 22$), sendo o diálogo a principal dessas tentativas (45,4%, $n = 15$). A busca de outros profissionais foi a segunda estratégia mais empregada (27,3%, $n = 9$), seguida por tentativas de diferentes manejos no ambiente familiar, tais como castigar, reforçar comportamentos, formular regras, pedir ajuda e passar mais tempo com o membro da família que apresentava o problema (21,2%, $n = 7$). Uma pequena parcela dos respondentes buscou ajuda espiritual ou religiosa na tentativa de solucionar o problema (6,1%, $n = 2$).

De acordo com 46,4% ($n = 13$) dos respondentes, foram as mães quem propuseram tais alternativas, seguidas pelas avós (14,3%, $n = 4$) e por estratégias elaboradas por mais de uma pessoa (14,3%, $n = 4$). Para 44,8% ($n = 13$) dos participantes, nesses casos a família se engajou nessas estratégias. Cerca de 20% ($n = 6$) dos respondentes considerou que esse engajamento foi parcial, e o restante considerou que não houve engajamento da família nas tentativas de solução dos problemas (34,5%, $n = 10$).

Expectativas e motivações para o tratamento

No que tange às expectativas a respeito do tratamento, as maiores frequências foram de respostas genéricas, como, por exemplo, “espero que mude tudo” (23,6%, $n = 13$), seguidas por respostas que denotam a expectativa de que o paciente identificado se desenvolva de maneira mais saudável (21,81%, $n = 12$). Também apareceram expectativas dos entrevistados em aprender a agir frente às situações-problema que lhes causam sofrimento (18,2%, $n = 10$). Outras expectativas identificadas foram receber orientações ou soluções para os problemas, esperar que um membro da família mude seus comportamentos, buscar mudanças pessoais, compreender uma situação e aprender a conviver com determinadas circunstâncias. Quando solicitados a ponderar a expectativa a respeito do tratamento em uma escala de 1 a 10, referindo o quanto esperavam que a terapia familiar os ajudasse no enfrentamento do problema, 70,7% ($n = 29$) dos entrevistados referiram esperar que a terapia de família ajudasse de 8 a 10 na resolução do mesmo.

Em geral, os participantes assinalaram que, sem esse problema, a família seria mais próxima do “normal” (25%, $n = 16$), teria um melhor relacionamento (17,2%, $n = 11$), menos problemas (15,6%, $n = 10$) e melhor desenvolvimento do paciente identificado (14,1%, $n = 9$). Contudo, 18,7% ($n = 12$) dos participantes não souberam especificar o que mudaria na família sem a existência desse problema.

Tabela 4: *Mudanças necessárias para a solução do problema*

Categorias	n	%
Comportamento ou personalidade	22	40%
Comportamento parental	17	30,90%
Relacionamento, afetividade e/ou comunicação	8	14,50%
Não sabe ou não especifica a mudança	5	9,10%
Outro	3	5,40%
Total	55	100%

Ao avaliar o que precisa ser modificado na própria família para resolver a dificuldade (Tabela 4), por sua vez, verifica-se que o comportamento ou personalidade de uma pessoa da família foi o item mais lembrado pelos entrevistados (40%, $n = 22$), seguido pelo comportamento parental (30,9%, $n = 17$), este relacionado especificamente aos cuidados com os filhos. Em terceiro lugar, os respondentes consideraram que o relacionamento familiar, a afetividade e/ou a comunicação entre os membros da família precisariam ser modificados (14,5%, $n = 8$). Ao investigar a localização dessas possíveis modificações (Tabela 2), verifica-se que a maioria se referiu aos progenitores (40%, $n = 22$), especialmente ao genitor que não o entrevistado (30,9%, $n = 17$), seguida pelos filhos (18,2%, $n = 10$).

Discussão

As famílias com indicação para terapia familiar investigadas em uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre (RS) apresentaram-se de forma bastante heterogênea no que diz respeito a sua configuração familiar, o que reitera a premissa de que não é a maneira como a família está composta que determina seu nível de saúde (Wagner, Tronco, & Armani, 2011). Em sua maioria, essas famílias vivenciavam as fases do ciclo vital da infância e adolescência dos filhos, o que denota o enfrentamento de tarefas diversas, como aceitação de novos membros no sistema familiar, educação dos filhos, mudanças nos papéis familiares e realinhamentos nas relações com a família ampliada, entre outras (McGoldrick, Carter, & Garcia-Preto, 2011). Outros estudos realizados com a população clínica brasileira também registraram essa diversidade de configurações familiares (Féres-Carneiro & Magalhães, 2008, Magalhães, 2009) e a predominância de famílias com crianças e adolescentes (Zuanazzi, & Sei, 2014).

A renda familiar média dos sujeitos entrevistados esteve um pouco acima da encontrada em outros estudos realizados em clínicas-escola brasileiras (Campezatto & Nunes, 2007, Cunha & Benetti, 2009, Macedo et al., 2010), sendo que o alto desvio-padrão encontrado denuncia a grande variabilidade nos rendimentos das famílias que procuraram essa clínica. Essa peculiaridade aparece uma vez que, na clínica-escola estudada, a renda não é um critério de exclusão no momento de realização das entrevistas iniciais. Entretanto, como norma institucional, quando se constata nessa avaliação que os sujeitos ou famílias têm condições de assumir um tratamento particular, esse encaminhamento é realizado. Mesmo com essa variação na renda familiar, porém, a grande maioria dos participantes avaliou sua situação financeira como regular ou ruim, denotando que, mais do que a renda bruta, a percepção que as pessoas têm sobre seu rendimento e a forma como se organizam financeiramente também são fatores presentes quando optam por buscar atendimento em clínicas-escola.

Evidencia-se o protagonismo feminino, tanto na busca de ajuda psicológica quanto nas estratégias de ajuda empregadas pela família antes de procurar a clínica. São as mulheres, em sua maioria mães e avós, quem tomam a iniciativa de busca de uma solução para os problemas familiares. Tais dados vão ao encontro de estudos sobre o exercício do papel parental, os quais revelam que, mesmo com a tendência de maior participação dos pais na educação dos filhos, ainda predomina o envolvimento materno no que se refere ao desempenho de diferentes dimensões da parentalidade (Grzybowski & Wagner, 2010, Reichert & Wagner, 2007).

Pode-se constatar, em geral, que as famílias percorrem uma longa trajetória até chegar à terapia de família. Em sua maioria, as famílias convivem há anos com o problema, buscando ajuda externa apenas quando o problema se agrava e ultrapassa um limiar de tolerância. Nesse percurso, muitas famílias lançam mão de estratégias intrassistêmicas, como o diálogo, para tentar solucionar o problema, porém assumem que tais tentativas têm tido baixos níveis de eficácia. Frente a esse processo longo e pouco resolutivo, pode-se compreender o alto nível de expectativas que os sujeitos entrevistados apresentaram a respeito do tratamento familiar.

Apesar dessa expectativa de que a terapia seja altamente eficaz para a resolução do problema, os dados revelam que uma parcela dos entrevistados não tem clareza sobre aquilo que esperam mudar ou melhorar a partir do tratamento. Além disso, percebe-se a convergência de diferentes tipos de expectativas, desde as que envolvem a esperança de que um único membro da família mude até a expectativa de receber do terapeuta a solução para os problemas. Nesse cenário, torna-se fundamental que as primeiras entrevistas de terapia avaliem as expectativas da família sobre o tratamento e a disponibilidade de seus integrantes em empreender mudanças para que tais objetivos sejam atingidos. Conforme apontam Nichols & Tafuri (2013), mais do que compreender que as interações familiares são parte do problema, para que mudanças efetivas possam ocorrer em terapia de família, as pessoas devem compreender e assumir que, individualmente, precisam fazer mudanças em seu modo de agir. Além disso, considerando o protagonismo feminino tanto na busca de ajuda quanto nas estratégias anteriores utilizadas para solucionar o problema, torna-se essencial que os terapeutas avaliem as expectativas e o envolvimento de todos os membros da família, estabelecendo vínculos com todos, para que a terapia familiar não se configure como “apenas mais uma tentativa” proposta pelas mães e avós dessas famílias. Tal investimento no envolvimento de todos os integrantes da família se faz importante, também, quando se considera que grande parte das famílias não sabe o que é e como funciona a terapia familiar, uma vez que muitas buscam atendimento individual para um de seus membros e, no processo de avaliação, deparam-se com a possibilidade de receber um tratamento conjunto.

Nesse sentido, é necessário ter em conta que, no início do processo terapêutico, as famílias não percebem a si mesmas como corresponsáveis pela formação e manutenção do sintoma apresentado por um de seus membros (Machado et al., 2008). Apesar disso, os resultados demonstram que existe certa consciência dos respondentes a respeito da importância da interação familiar na explicação e solução do problema. Isso se evidencia quando se avalia o que os participantes consideram como queixa, principal problema da família e suas causas. Por

exemplo, os comportamentos e/ou a personalidade de um membro da família são percebidos como a principal queixa no momento de buscar terapia. No entanto, quando os entrevistados avaliam qual é o principal problema de sua família, os comportamentos e/ou personalidade de uma pessoa têm sua proporção diminuída, sendo que esse percentual cai um pouco mais quando se considera qual é a causa dos problemas que vivenciam.

Quando se avalia o principal problema familiar, chama a atenção o aumento no índice de respostas que compreendem o relacionamento familiar e as brigas. Isso também se evidencia quando se avalia a localização da queixa e do principal problema familiar, uma vez que ocorre um aumento importante no número de pessoas que identificam que o principal problema familiar está localizado em um subsistema ou no sistema familiar, ao mesmo tempo que diminui a proporção de pessoas que considera que o principal problema está localizado unicamente em um filho, em comparação com a queixa. Tal informação remonta ao princípio sistêmico de que o paciente identificado, ou seja, a pessoa que apresenta o sintoma, denuncia uma problemática mais complexa que envolve a dinâmica familiar (Minuchin, 1982; Satir, 1974). Dessa forma, evidencia-se que as famílias identificam, em algum nível, que as dificuldades que vivenciam têm componentes sistêmicos e estão associadas às suas relações. Isso permite, já nas primeiras sessões, que se efetue a ampliação da queixa com o objetivo de elaborar uma demanda compartilhada de tratamento, ou seja, o delineamento de um objetivo terapêutico compartilhado entre os membros da família, que corresponda à sua real necessidade (Machado et al., 2008, 2011). A capacidade de fazer essa passagem da queixa para a demanda é um componente fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico, e a avaliação dessa capacidade desde as primeiras entrevistas pode ser um indicativo do envolvimento de toda a família no tratamento.

Essa percepção de que as relações familiares reverberam na queixa se evidencia ainda mais quando as causas dos problemas são avaliadas. A principal causa das queixas, segundo os participantes, são dificuldades no exercício da parentalidade, principalmente o baixo envolvimento de um dos pais com os filhos. Quando se considera quais mudanças são necessárias para que o problema seja resolvido, os participantes também destacam o comportamento parental. Tal dado corrobora a capacidade dos entrevistados em perceber que a queixa não é apenas um comportamento isolado, pois responde a outros elementos do sistema familiar. No entanto, são poucos os pais que assinalam suas próprias dificuldades como relacionadas aos problemas dos filhos, havendo uma tendência de que a falta e os comportamentos parentais inadequados do outro progenitor sejam avaliados como causadores das dificuldades. Essa informação leva a duas constatações

complementares: por um lado, denuncia uma realidade em que um dos genitores parece assumir os cuidados com os filhos e se encontra sozinho nessa tarefa, sem a colaboração efetiva do outro progenitor. Por outro, permite questionar se os pais atuantes no processo educativo têm conseguido avaliar criticamente o seu exercício parental, tanto quanto o fazem com as ações do outro genitor.

Cada vez mais, a literatura especializada provê evidências da relação entre as práticas educativas parentais (Marin, Piccinini, Gonçalves, & Tudge, 2012), as relações parentais (Campana, Gomes, & Lerner, 2014, Grzybowski & Wagner, 2010) e as conjugais (Cummings & Davies, 2010; Mosmann, Wagner, & Sarriera, 2008) com a manifestação de sintomas por parte dos filhos. Nesse sentido, a avaliação do exercício parental de cada genitor e das relações parentais e/ou conjugais dos progenitores é de grande importância nas situações em que os filhos se apresentam como os pacientes identificados. Isso se torna ainda mais importante considerando o atual momento sociocultural, no qual os valores que tradicionalmente embasavam o processo educativo passaram a ser questionados, sem que novos modelos tenham sido estabelecidos (Zanetti & Gomes, 2014).

De maneira geral, os resultados desta pesquisa ilustram elementos da trajetória percorrida pela família até o início da terapia familiar, demonstrando como os problemas familiares são percebidos na perspectiva dos pacientes. Nesse sentido, permite que se façam reflexões sobre a prática clínica com famílias em clínicas-escola, especialmente no que diz respeito à necessidade de envolver os clientes no processo terapêutico e de efetuar a transição da queixa para a demanda desde o período de avaliação inicial. Cabe, porém, ressaltar algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, o número reduzido de participantes e o fato de todos serem oriundos de Porto Alegre (RS) não permite que se façam generalizações dos resultados. Um segundo ponto se refere à impossibilidade de entrevistar todos os membros da família e, na maior parte dos casos, de não ter podido investigar a perspectiva dos pacientes identificados. Em decorrência disso, os resultados deste estudo se limitam a descrever a perspectiva de alguns membros da família encaminhada para tratamento, não podendo ser considerados resultados da família como um todo. Nesse sentido, sugere-se que estudos futuros busquem abranger uma amostra maior, incluindo todos os membros das famílias entrevistadas. Adaptações que incluam um roteiro para crianças e/ou uma entrevista com toda a família podem trazer novos resultados e perspectivas no que se refere aos estudos sobre a clientela atendida em terapia familiar em clínicas-escolas.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*, Edição em. São Paulo: Edições 70.
- Bergman, J. J. (1996). Formulando hipóteses clínicas. In J. J. Bergman (Ed.), *Pescando barracudas: a pragmática da terapia sistêmica breve* (p. 53-72). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boaz, C., Nunes, M. L. T., & Hirakata, V. N. (2012). A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escolas brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*, 43(3), 334-340.
- Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico*, 44(1), 73-81.
- Bortolini, M., Pureza, J., Andretta, I., & Oliveira, M. da S. (2011). Perfil de pacientes atendidos através da terapia cognitivo-comportamental em uma clínica-escola. *Contextos Clínicos*, 4(2), 132-138. doi: 10.4013/ctc.2011.42.07
- Campana, N. T. C., Gomes, I. C., & Lerner, R. (2014) Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. *Psicologia Clínica*, 26(2), 105-119.
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Celano, M. P., Smith, C. O., & Kaslow, N. J. (2010). A competency-based approach to couple and family therapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 35-44. doi: 10.1037/a0018845
- Chambers, A. L. (2012). A systemically infused integrative model for conceptualizing couples' problems: The four-session evaluation. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(1), 31-47. doi: 10.1037/a0027505
- Cummings, M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: an emotional security perspective*. London: The Guilford Press.
- Cunha, T. R. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Falceto, O. (2008). Terapia de família. In A. V. Cordioli (Ed.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (p. 221-245). Porto Alegre: Artmed.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Clínica da família e do casal: tendências da demanda contemporânea. *Interações*, 3(6), 23-32.
- Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Novas configurações familiares e as repercussões em psicoterapia de família. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 10(2), 7-16.
- Grzybowski, L. S., & Wagner, A. (2010). O envolvimento parental após a separação/divórcio. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 289-298.

- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating couples: a handbook for practitioners*. New York: W. W. Norton.
- Lopez, M. A. (1983). Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35(1), 78-92.
- López, L. S., & Escudero, C. V. (2003). *Familia, evaluación y intervención*. Madrid: CCS.
- Macedo, M. M. K., Silva, F. C. F., Giaretta, D. G., Ribas, R. F., & Druck, C. M. (2010). Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 154-170.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2008). Demanda clínica em psicoterapia de família: Arte-Diagnóstico Familiar como instrumento facilitador. *Paidéia*, 18(41), 555-566.
- Machado, R. N., Féres-Carneiro, T., & Magalhães, A. S. (2011). Entrevistas preliminares em psicoterapia de família: construção da demanda compartilhada. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 11(2), 669-699.
- Magalhães, A. S. (2009). Conjugalidade e parentalidade na clínica com famílias. In T. Féres-Carneiro (Ed.), *Casal e família: permanências e rupturas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marin, A. H., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Tudge, J. R. H. (2012). Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 05-13.
- McGoldrick, M., Carter, B., & Preto, N. G. (2011). *The expanded family life cycle: individual, family and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mosmann, C. P., Wagner, A., & Sarrieira, J. C. (2008). A qualidade conjugal como preditora dos estilos educativos parentais: o perfil discriminante de casais com filhos adolescentes. *Psicologia (Lisboa)*, 22, 161-182.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Nichols, M., & Tafuri, S. (2013). Techniques of structural family assessment: a qualitative analysis of how experts promote a systemic perspective. *Family Process*, 52(2). doi: 10.1111/famp.12025
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence*, 32, 1425-1435. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.06.006
- Oliver, J. M., Searight, H. R., & Lightfoot, S. (1988). Client characteristics as determinants of intervention modality and therapy progress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(4), 543-551.
- Reichert, C. B., & Wagner, A. (2007). Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. *Psico*, 38(3), 292-299.

- Ríos González, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez-Arias, P. J. L., & Venero Celis, M. (2006). *Terapia familiar breve: guía para sistematizar el tratamiento psicoterapéutico*. Madrid: Editorial CCS.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Romaro, R. A., & Oliveira, P. E. C. L. (2008). Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 780-793.
- Satir, V. M. (1974). La familia como unidad de tratamiento. In J. Haley (Ed.), *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Ediciones Toray, S. A.
- Smock, S. A., McWey, L. M., & Ward, D. B. (2006). Rural versus urban clinical needs: Are there Differences? *Journal of Family Psychotherapy*, 17(2), 37-49. doi: 10.1300/J085v17n02
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C. P., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 181-186.
- Wagner, A., Ribeiro, L. S., Arteche, A. X., & Bornholdt, E. A. (1999). *Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 147-156.
- Wagner, A., Tronco, C., & Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In A. Wagner (Ed.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*. Porto Alegre: Artmed.
- Wielewicki, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19(2), 379-389.
- Zanetti, S. A. S., & Gomes, I. C. (2014). Relação entre funções parentais e o comportamento de crianças pré-escolares. *Boletim de Psicologia* 64(140), 1-20.
- Zuanazzi, A. C., & Sei, M. B. (2014). Psicoterapia familiar psicanalítica: reflexões sobre os fenômenos transferenciais e contratransferenciais em um serviço-escola de psicologia. *Vínculo*, 11(1), 16-24.

Nota

- ¹ Angélica Paula Neumann foi Bolsista de Mestrado CNPq durante a realização da pesquisa. Adriana Wagner é Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1B pelo CNPq.

Recebido em 05 de agosto de 2014
Aceito para publicação em 12 de outubro de 2014

