



ARTIGO DE REVISÃO

Considerações sobre alta de crianças após triagem e a definição de alta em psicoterapia psicanalítica de crianças*

Izabel Cristina Paez^a

Maria Lucia Tiellet Nunes^b

^a Psicóloga, mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Psicóloga, doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Berlim. Professora titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Departamento e Instituição: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Suporte financeiro: Programa de Bolsas de Mestrado e Doutorado da PUCRS - PROBOLSAS.

*O presente artigo de revisão foi um dos estudos que compôs a dissertação intitulada “Alta em psicoterapia psicanalítica de crianças”, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, para obtenção do grau de mestrado em psicologia de Izabel Cristina Paez, bolsista do Programa de Bolsas de Mestrado e Doutorado da PUCRS - PROBOLSAS, defendida no dia 30 de abril de 2013.

Resumo

O objetivo desta revisão sistemática de literatura foi analisar estudos sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças. O método utilizado foi a consulta às bases de dados eletrônicas INDEXPSI, LILACS, MEDLINE (PubMed), PEPSIC, PsycINFO e SciELO, a partir de palavras-chave, descritores ou termos que pudessem identificar artigos indexados sobre essa temática. Os 54 abstracts/resumos de artigos identificados foram analisados de acordo com os critérios de inclusão, determinados com base no objetivo desta revisão. Como resultado, foram excluídos 53 artigos e incluído somente um artigo indexado pela base de dados eletrônica PEPSIC, cuja análise demonstrou que se tratava de um estudo sobre alta após triagem para psicoterapia e que resultou bastante revelador, visto que permitiu uma reflexão sobre o momento da alta e sobre a definição de alta em psicoterapia psicanalítica de crianças. Os artigos excluídos abordavam alta em terapias de forma geral e o abandono de tratamento em psicoterapia de crianças. Nesta pesquisa, foi constatada importante lacuna na literatura sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Psicoterapia; Criança; Psicologia Clínica.

Abstract

The objective of this systematic review was analyzing studies about discharge in children psychoanalytic psychotherapy. The method utilized was consultation to the electronic databases INDEXPSI, LILACS, MEDLINE (PubMed), PEPSIC, PsycINFO and SciELO, by means of keywords, descriptors or terms that might identify indexed articles on this subject. Fifty-four abstracts were analyzed according to the inclusion criteria taking into account the objective of this revision. The result was the removal of 53 articles and the inclusion of only one article indexed by the electronic database PEPSIC whose analysis demonstrated it was a study about discharge after classification for psychotherapy. This was quite revealing as it promoted a reflection on the time for and definition of discharge in children psychoanalytic psychotherapy. The articles removed were about discharge for therapies in general and children psychotherapy dropouts. In this research, an important gap in the literature about children psychoanalytic psychotherapy was observed.

Keywords: Patient Discharge; Psychotherapy; Child; Clinical Psychology.

Introdução:

A alta em psicoterapia, com base na opinião compartilhada entre psicoterapeuta e paciente, é o término esperado para esse tipo de tratamento, consequência da conquista dos objetivos almejados, quando se considera que houve amenização ou extinção dos motivos que levaram à sua solicitação¹. No estudo intitulado “Preditores de abandono de psicoterapia psicanalítica de crianças”, as autoras definiram que a alta ocorreu “[...] quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos” (p. 16)². Porém, o término da psicoterapia pode se dar na forma de interrupção por desistência, problemas de saúde, entre outros acontecimentos possíveis¹.

Em relação à psicoterapia de crianças, esta oferece tratamento a pacientes acometidos por “neurose, perturbações no comportamento lúdico e no desenvolvimento”³ (p. 791). Em relação à formação dos psicoterapeutas para se tornarem profissionais no atendimento clínico, o estudo teórico precisa somar a experiências vivenciadas no atendimento aos pacientes, que, via de regra, inicia-se nas clínicas/serviços-escola, cuja dinâmica compreende: o recebimento do provável paciente na instituição, preenchimento de formulários, seleção de clientes de acordo com a disponibilidade de vagas, registros dos dados nos prontuários e demais características peculiares a cada uma das diversas clínicas/serviços-escola existentes⁴.

A triagem, geralmente, é o primeiro contato dos prováveis pacientes com os serviços de atendimento psicoterápico e é considerada muito importante, porque deve deixar o provável paciente predisposto ao atendimento por intermédio do entendimento das necessidades do tratamento psicoterápico. A triagem pode ser realizada pelo responsável pelo atendimento, se ele for indicado; nesse caso, poderá ser considerada a parte inicial da psicoterapia, ou, então, ser uma fase anterior ao seu início, quando realizada por uma pessoa habilitada, porém distinta da que realizará o tratamento psicoterapêutico caso ele for indicado⁴.

O termo “tratamento”, algumas vezes, é empregado para designar o manejo da psicoterapia, e outras, como referência às ações que visam a subsidiar o tratamento, como, por exemplo, o período do dia e a frequência com que ocorrerão as sessões com base nas possibilidades dos pais/responsáveis e do terapeuta. Contudo, mais especificamente na psicoterapia psicanalítica de crianças, a palavra “tratamento” deveria remeter à interação entre psicoterapeuta e pacientes – crianças – que promove mudanças psíquicas ou de comportamento por intermédio de insights ou novos aprendizados da criança acerca de seu ambiente⁵. A psicoterapia psicanalítica de crianças é composta por três fases: a inicial, a intermediária e a final. O tratamento, descrito dessa maneira, estabelece metas para cada fase e indica que elas ocorrerão de maneira ascendente⁶.

Na fase inicial, há cinco propostas a serem observadas. A primeira preconiza que a criança se sinta bem durante o período das sessões e consiga se expressar. A ansiedade da criança não deve paralisá-la em virtude de seus próprios temores, que podem ser transferidos para o responsável pelo atendimento, e

este deve explicar-lhe que tudo o que for dito durante as sessões será revertido em seu benefício. A segunda pressupõe comunicação fluente. Grande parte das crianças em psicoterapia fica retraída nos primeiros momentos, mas o responsável pelo atendimento pode tentar aplacar isso com o auxílio de materiais para desenhar, jogar e brincar, de modo que se tornem veículos de comunicação. A terceira, a aliança terapêutica, estabelece-se quando a criança toma consciência de que a psicoterapia trará benefícios para sua vida. A quarta consiste no reconhecimento pela criança de seu mundo interno. O responsável pelo atendimento deve promover na criança a conscientização de que mudanças internas são necessárias. A quinta implica no estabelecimento do diálogo, e seria o aspecto sob o qual ocorre a construção de uma linguagem entre o profissional e o paciente (criança); por intermédio dessa linguagem será representado ou revelado o quadro psíquico da criança⁵.

Na fase intermediária, as sessões começam a ter continuidade, a aliança terapêutica se torna mais forte, os sintomas da criança começam a revelar sua origem psíquica e o responsável pelo atendimento começa a interpretar o material trazido pela criança durante as sessões com o propósito de tornar consciente a maneira como o paciente – criança – vivencia suas dificuldades. A tomada de consciência ajuda na posterior elaboração dos conflitos, a qual requer determinado período de tempo para tornar-se fato⁶.

Na fase final, ocorre o término do tratamento na forma de término terapêutico, considerado como alta, cujas indicações podem emanar do responsável pelo atendimento por intermédio da averiguação do estado psíquico da criança, da própria criança, ou do ambiente que a cerca (por exemplo, escola pode oferecer informações sobre as melhoras no comportamento). Além disso, alguns critérios indicam o término terapêutico: a relação entre o par paciente/terapeuta passa por transformações (por exemplo, o profissional começa a identificar aspectos positivos do comportamento da criança antes imperceptíveis); a criança aumenta o seu campo de exploração do mundo, diminuindo o tempo dedicado à evitação da ansiedade; os temores e pavores da criança diminuem, e há um aumento de sua confiança e espontaneidade; a criança adquire a capacidade de perceber suas próprias dificuldades e realizar atividades que geralmente são esperadas para sua idade⁷.

Vale ressaltar que o processo de formação do psicoterapeuta, incluindo o trabalho realizado por ele mesmo como paciente, alicerça aspectos particulares da experiência profissional no atendimento psicoterapêutico de crianças e pode conduzir à consideração de outras diretrizes para a concessão de alta de crianças em psicoterapia psicanalítica Castro, 1989 apud Castro et al.⁸. Aspectos cognitivos e emocionais dos psicoterapeutas influenciam na formação desses profissionais, demonstrando a impossibilidade de uma padronização da abordagem⁹.

Objetivo

O objetivo desta revisão sistemática de literatura foi analisar estudos sobre alta de crianças em psicoterapia psicanalítica.

Método

Na consulta às bases de dados eletrônicas em 10 de maio de 2013, foram investigadas as palavras-chave, descritores ou termos do índice de assunto de cada base consultada: Embase, INDEXPSI, LILACS, MEDLINE (PubMed), PsycINFO, PEPsic e SciELO. Vale ressaltar que “o termo ‘alta’ em psicoterapia não foi encontrado na língua inglesa”¹ (p. 146). Ainda com base nas argumentações desses autores, foi utilizada a palavra-chave “patient discharge” e “término do tratamento”, já que a alta é um dos tipos de término do tratamento. Foi utilizado também o descritor “planejamento da alta”, por se relacionar à alta. Todos os termos de consulta foram empregados de acordo com as especificidades de cada base de dados eletrônica, nos seus idiomas de origem, com o objetivo de angariar estudos sobre alta. Na Embase, a palavra-chave constante de seu Thesaurus foi “hospital discharge”, que vai de encontro a um dos critérios de inclusão, não sendo encontrada a expressão “término do tratamento” nas bases Embase, LILACS, MEDLINE (PubMed), PEPsic e SciELO. Os refinamentos foram feitos com a utilização de palavras-chave de acordo com o objetivo da pesquisa, filtros para tipo de publicação e idade dos sujeitos que compuseram as amostras dos estudos identificados nas bases MEDLINE (PubMed) e PsycINFO (Tabela 1).

Os critérios de inclusão foram: 1) estudos sobre alta de crianças em psicoterapia psicanalítica; 2) crianças até 12 anos de idade, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁰; 3) atendimento ambulatorial; 4) artigos de periódicos sem limites quanto ao ano de publicação; 5) abstract publicado na base de dados.

Tabela 1 - Quantidade de estudos identificados nas bases de dados eletrônicas consultadas

Bases de dados	Recursos específicos de cada base	Termos de consulta em cada base	Total	Refinamento com recursos das bases	Total
PEPSIC	Índice de assuntos	Alta	5	Alta + psicoterapia + crianças	0
SciELO	Índice de assuntos	Alta	348	Alta + psicoterapia + crianças	0
INDEXPSI	Índice da categoria descritores	Alta do paciente	13	Alta do paciente + psicoterapia + crianças	0
LILACS	Índice de descritores de assunto	Planejamento da alta	367	Planejamento da alta + psicoterapia + crianças	0
MEDLINE (PubMed)	MESH	<i>Patient discharge</i>	17356	<i>Patient discharge</i> + <i>psychotherapy</i> + <i>child</i>	31
PsycINFO	<i>Index Terms Thesaurus of Psychology</i>	<i>{*Discharge Planning}</i>	12275	<i>{*Discharge Planning}</i> + <i>{*child psychotherapy}</i>	4
INDEXPSI	Índice da categoria descritores	Término do tratamento	30	Término do tratamento + psicoterapia + crianças	0
PsycINFO	<i>Index Terms Thesaurus of Psychology</i>	<i>{*Treatment termination}</i>	2423	<i>{*Treatment termination}</i> + <i>{*child psychotherapy}</i>	10
Total de artigos identificados			32817		45

* A base de dados PsycINFO oferece o recurso de consulta com palavras-chave também no plural, como foi feita.

Resultados

O resultado da análise dos 54 abstracts/resumos de artigos identificados pelas palavras-chave, descritores ou termos do índice de assunto apropriados para “alta” ou termos relacionados, após os refinamentos e com base nos critérios de inclusão, foi inesperado, já que identificou somente um estudo que foi ao encontro dos critérios de inclusão. Essa constatação culminou na exclusão dos demais artigos (53), como segue (Quadros 1, 2, 3, 4).

Quadro 1- Artigos cujos *abstracts/resumos* não indicavam tratar-se de estudos sobre alta de crianças em psicoterapia

Autor(es) (ano)	Estudos que abordaram
*Elia (1985) ¹¹	A alta ou término de análise sob a perspectiva do analisando.
*Kullock (1985) ¹²	Estudo teórico sobre alta de análise.
Total de artigos	2

Legenda: O símbolo (*) indica que o artigo foi identificado uma vez.

Quadro 2 - Artigos cujos *abstracts/resumos* não estavam publicados nas bases de dados

Autor(es) (ano)	Títulos dos artigos
*Roy e Helt (1989) ¹³	Simultaneous parent and child post-discharge groups.
*Brewer e Faitak (1989) ¹⁴	Ethical guidelines for the inpatient psychiatric care of children.
*McGuire e Sylvester (1987) ¹⁵	Neuropsychiatric evaluation and treatment of children with head injury.
*Goodstein (1985) ¹⁶	Burns: an overview of clinical consequences affecting patient, staff, and family.
*Bandeira (1993) ¹⁷	Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes de re-hospitalizações.
*Miranda (1998) ¹⁸	Internações psiquiátricas e reabilitação psicossocial.
*Tocci et al. (1997) ¹⁹	Estudo comparativo da alimentação em recém-nascido pré-termo e recém-nascido a termo no momento da alta hospitalar.
*Degiovani et al. (1996) ²⁰	Acompanhamento pós-alta de lactentes com alterações das funções neurovegetativas: ênfase na relação mãe-bebê.
*Yaroslavsky (1995) ²¹	Atendimento domiciliar à família.
Total	9

Legenda: O símbolo (*) indica que o artigo foi identificado uma vez.

Quadro 3 - Artigos cujos *abstracts/resumos* não indicavam tratar-se de estudos sobre alta em atendimento ambulatorial

Autor(es) (ano)	Estudos que abordaram
*Asarnow et al. (2011) ²²	Continuidade do tratamento após alta de hospital.
*Vianna et al. (2011) ²³	Índice de aleitamento de recém-nascidos após alta de hospital geral.
*Garner et al. (2010) ²⁴	Continuidade do tratamento após alta de internamento.
*Seeman (2009) ²⁵	Investigações sobre suicídio antes da alta de hospital.
*Beck e Warnke (2009) ²⁶	Cuidados após alta de hospital.
*Greenstein et al. (2008) ²⁷	Mensurações neuroanatômicas no momento da alta.
*Castro-Fornieles et al. (2007) ²⁸	Características de pacientes anoréxicos no momento da alta de internamento.
*Blader (2006) ²⁹	Comportamento de crianças, após a alta de hospital psiquiátrico.
*Melnik et al. (2007) ³⁰	Comportamento de crianças após a alta hospitalar.
*Bean et al. (2004) ³¹	Ganho de peso após alta de internamento de pacientes diagnosticados com anorexia.
*Stokes et al. (2003) ³²	Resultados do tratamento mediante internamento em instituições psiquiátricas mensurados em intervalos de tempo após a alta.
*Brady e Caraway (2002) ³³	Planejamento da alta de instituições psiquiátricas.
*Leichtman et al. (2001) ³⁴	Planejamento da alta em internamento.
*Ney et al. (1988) ³⁵	Acompanhamento após alta.
*Solomon e Evans (1992) ³⁶	Avaliação das necessidades de atendimento após alta de clínica psiquiátrica.
*Poustka (1982) ³⁷	Alta de clínica psiquiátrica.
*Adelson e Leader (1980) ³⁸	Participação de assistentes sociais no planejamento da alta de pacientes psiquiátricos.
*Bezerra e Dimenstein (2011) ³⁹	Alta assistida em hospital psiquiátrico.
*Marafiga et al. (2009) ⁴⁰	Alta gradual de pacientes psiquiátricos.
*Madeira (1994) ⁴¹	Planejamento da alta hospitalar.
*Busatto Filho (1989) ⁴²	Alta hospitalar.
*Duarte (1984) ⁴³	Diretrizes que norteiam a alta em hospitais psiquiátricos.
*Contel et al. (1998) ⁴⁴	Alta de hospital-dia.
*Silva (1997) ⁴⁵	Alta após longo período de internação
Total de artigos	24

Legenda: O símbolo (*) indica que o artigo foi identificado uma vez.

Quadro 4 - Artigos cujos *abstracts*/resumos não indicavam tratar-se de estudos sobre alta

Autor(es) (ano)	Estudos que abordaram
*Logan et al. (2012) ⁴⁶	Resultados clínicos para tratamento de síndrome complexa da dor regional (SCDR) em hospital-dia.
*Chan e Leff (1988) ⁴⁷	Abuso, negligência ou ambos.
*Solomon (1981) ⁴⁸	Queimaduras e suas consequências.
*Levin (2009) ⁴⁹	Tratamento com psicoterapia dinâmica.
*Patterson et al. (2006) ⁵⁰	<i>Mental Health Outcomes and Assessment Tools</i> (MH-OAT).
*Papin e Houck (2005) ⁵¹	Parcerias entre instituições públicas e privadas de atendimento em Saúde Mental.
*Holland et al. (1993) ⁵²	Comportamento agressivo em adolescentes com transtornos de conduta.
*Block et al. (1991) ⁵³	Diretrizes para o tratamento em programas de hospitalização parcial.
*Lawder (1986) ⁵⁴	Serviços de assistência social a crianças.
*Herrmann (2009) ⁵⁵	Estudo da teoria psicanalítica.
*Pinheiro et al. (2008) ⁵⁶	Estudo sobre aspectos cognitivos da leitura de crianças
*Barroco (1996) ⁵⁷	Reflexões sobre a internação de pacientes psiquiátricos.
*Lyons et al. (2000) ⁵⁸	Características de pacientes psiquiátricos.
*Navridi e Midgley (2006) ⁵⁹	Fatores/preditores de abandono no tratamento de crianças em análise.
*Ralph (2001) ⁶⁰	Término antecipado do tratamento e impossibilidade do terapeuta continuar o tratamento.
*Erle e Goldberg (2003) ⁶¹	Aspectos de pacientes em análise.
†Goldman et al. (2003) ⁶²	Características de gestão de tratamento ambulatorial em saúde mental.
*McCabe (2002) ⁶³	Preditores de abandono de tratamento
*Chung et al. (1995) ⁶⁴	Fatores relacionados ao abandono de psicoterapia.
*Kazdin e Mazurick (1994) ⁶⁵	Preditores de abandono de tratamento psicoterapêutico.
*Kazdin et al. (1994) ⁶⁶	Exame dos resultados de crianças que concluíram e não concluíram psicoterapia.
*Snir (1993) ⁶⁷	O uso do “ <i>squille game</i> ” na psicoterapia.
*Berrigan (1981) ⁶⁸	Fatores sociais e o abandono de psicoterapia.
*Sarkis (2008) ⁶⁹	Resenha de livro sobre psicoterapia
*Weiss (1998) ⁷⁰	Eficácia em psicoterapia de crianças.
*Minde e Hesse (1996) ⁷¹	Estudo de caso, psicoterapia.
Total de artigos	27

Legenda: O símbolo (*) indica que o artigo foi identificado uma vez, e o símbolo (†) indica que o artigo foi identificado duas vezes. O artigo de †Goldman et al.⁶² foi identificado pelas palavras-chave “*treatment termination*” e associações e “*discharge planning*” e associações, sendo analisado e contado duas vezes.

O único artigo revisado foi o de Andrade et al.⁷², que, diferentemente dos 53 artigos excluídos desta revisão de literatura, atendeu literalmente a quatro dos cinco critérios de inclusão, ou seja, os casos estudados foram de crianças de até 12 anos de idade, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁰, atendidas em atendimento ambulatorial, era um artigo de periódico e com abstract publicado na base de dados. O resumo do artigo de Andrade et al.⁷² afirma que, para casos nos quais não houve recomendação de psicoterapia para a criança, “nem sempre essa sugestão de ‘alta’ é facilmente aceita”⁷² (p. 5) pelos pais. O fato de os autores terem tido como base as consultas psicoterapêuticas fundamentadas em conhecimentos psicanalíticos⁷², como propostas por Winnicott, com possível efeito psicoterapêutico sobre os sintomas⁷³, aproximou bastante o conteúdo desse artigo do critério de inclusão “estudos sobre alta de crianças em psicoterapia psicanalítica”, despertou o interesse e determinou sua inclusão nesta revisão de literatura, como segue.

Ao introduzir o artigo intitulado “VÍNCULOS FAMILIARES E ATENDIMENTO PSICOLÓGICO: A ESCUTA DOS PAIS SOBRE A ALTA DA CRIANÇA”, Andrade et al.⁷² tecem considerações sobre os motivos pelos quais os pais/responsáveis levam suas crianças para atendimento especializado. As crianças podem ser encaminhadas para psicoterapia pela escola, por médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas ou pelos pais. A solicitação de atendimento especializado em psicoterapia pode ser entendida como um pedido de auxílio dos pais/responsáveis com o intuito de promover o desenvolvimento adequado e satisfatório da criança em todos seus aspectos. Apesar do cuidado e zelo com os filhos, os pais/responsáveis precisam dispensar atenção a atividades profissionais e a suas vidas em particular e, para poderem atender a toda essa demanda, eles recorrem a profissionais como, por exemplo, os psicólogos. Dessa forma, eles amenizam o provável sentimento de culpa por não poderem estar tão presentes quanto gostariam durante as atividades desenvolvidas por seus filhos pela procura de um acompanhamento terceirizado. A psicoterapia da criança pode ser mais uma forma de aplacar o sentimento de culpa dos pais/responsáveis quando eles dão a entender que a maneira como eles tratam a criança ou o ambiente familiar que lhe oferecem não são fatores constituintes das dificuldades que ela apresenta. Neste caso, a constatação feita pelo psicoterapeuta de que determinada criança não necessita de psicoterapia pode ser refutada pelos pais, já que entendem que estão em “falta” com seus filhos⁷².

Para exemplificar estas afirmações⁷², os autores relatam duas triagens realizadas em serviço-escola de universidade pública, no interior de São Paulo. As triagens incluem no mínimo quatro sessões, que compreendem anamnese com os pais/responsáveis pela criança, uma sessão com a criança, uma sessão com toda a família presente, incluindo o provável paciente – criança –, e a entrevista devolutiva para os pais e para a criança.

A primeira triagem relatada pelos autores⁷² foi a de Mário, cujos sintomas eram desempenho escolar abaixo da média e pouca maturidade para sua idade (dez anos), sendo considerado tímido e diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção (TDA). Mário tem um irmão mais novo, e, após o nascimento dele, houve diminuição na intensidade do relacionamento de Mário com sua mãe. Ela se

mostrou bastante desconfortável com a situação por não ter possibilidade de se doar igualmente aos dois filhos; provavelmente, essa situação tenha dificultado o processo de diferenciação entre o menino levado para atendimento e sua mãe, ocasionando a pouca maturidade identificada em suas atitudes. No entanto, a investigação feita durante a triagem revelou que Mário não tinha comprometimentos emocionais, mas estava apenas vivenciando a ambiguidade do desenvolvimento própria de sua idade; o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) também não foi confirmado. Diante disso, Mário não foi indicado para fazer psicoterapia, e essa notícia fez com que os pais mostrassem preocupação em relação ao desempenho e relacionamento escolar do menino. O pai concordou com dar suporte afetivo ao filho; a mãe mostrou-se insegura quanto a suas possibilidades de auxiliar o filho e avessa aos resultados da investigação de triagem, como se a responsável pelo atendimento tivesse frustrado sua expectativa de dividir as responsabilidades em relação ao menino que, supostamente, precisava de atendimento⁷².

A segunda triagem relatada por esses autores⁷² foi a de Isadora, que nasceu com uma má-formação na laringe e hipotonia, ambas tratadas. Apesar disso, a menina não demonstrava satisfação ao comer e recusava os alimentos. Mesmo assim, a mãe a alimentava de acordo com as recomendações médicas. Esses fatos estavam ocorrendo no período em que a menina tinha quatro anos de idade e tinha sido indicada para a psicoterapia por sua fonoaudióloga. Devido aos referidos problemas de saúde, os pais não se tinham encorajado a oferecer limites e subsidiar a autonomia da menina. Durante a triagem, os resultados da investigação realizada revelaram que a menina se desenvolvia emocionalmente conforme o esperado para sua idade apesar da relação conflituosa com a mãe pela possível inversão de papéis entre as duas e pelo fato de a relação vincular girar em torno da alimentação. Diante desses resultados, a mãe foi encaminhada para atendimento psicoterápico e demonstrou seu descontentamento⁷².

Na entrevista devolutiva aos pais nos dois casos de triagens relatadas, ficou identificado o desconforto dos pais ao receberem a notícia de que suas crianças não precisavam de atendimento especializado em psicoterapia. Os pais têm percepções diferentes de seus filhos fundamentadas, possivelmente, na ação de seus conteúdos inconscientes e conscientes que os acompanham desde fases iniciais da gestação até o momento da busca por atendimento especializado, determinando também a forma como irão gerenciar as dificuldades na criação dos filhos⁷².

Discussão

Apesar de o estudo de Andrade et al.⁷² não tratar de alta em psicoterapia conforme as definições referidas no início desta revisão “A psicoterapia é encerrada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos”² (p. 16); “A alta em psicoterapia [...]. Implica terem sido alcançadas as metas pretendidas, com melhora ou cura do quadro que trouxe o paciente a tratamento, e caracteriza-se por ser uma

combinação de comum acordo da dupla terapeuta-paciente”⁷¹ (p. 138), seu conteúdo foi revelador quanto à proposta de alta adotada, uma vez que se fundamenta nas “consultas terapêuticas, desenvolvidas por Winnicott”⁷² (p. 9). Dessa forma, a investigação dos aspectos psíquicos do paciente, a partir da análise do material oriundo da primeira ou das primeiras entrevistas, pode ter como reflexo a modificação dos sintomas e o auxílio para o paciente no que se refere a seus problemas psíquicos⁷³. Esse auxílio, que pode culminar na amenização dos sintomas que determinaram a busca por ajuda especializada é a proposta que pode ser identificada no conceito de alta de Iankilevich et al.¹ e nas consultas psicoterapêuticas de Winnicott⁷³.

Esse método de atendimento psicoterapêutico (consultas psicoterapêuticas) se torna relevante ao se constatar a não correspondência entre a quantidade de pessoas que solicitam atendimento especializado em saúde mental e a quantidade de profissionais aptos a oferecer esse atendimento. Dessa forma, dependendo do caso, o auxílio terapêutico pode ser realizado em menos de trinta dias⁷³.

A primeira entrevista com o provável paciente pode funcionar como tratamento, ainda que bastante reduzido⁷⁴, se for levado em conta o parâmetro o que preconiza Winnicott⁷⁴ (p. 290): “uma entrevista diagnóstica só é frutífera se é uma entrevista terapêutica”. A entrevista inicial pode mobilizar sentimentos que demorariam um longo período de tempo para aflorar novamente durante o tratamento propriamente dito^{73,74}; apesar de o responsável pelo atendimento ainda não ter conhecimento de vários aspectos do caso na primeira entrevista, isso não impede uma percepção correta do mesmo caso⁷⁴. A omissão da expressão por parte do terapeuta de suas percepções pode desencorajar o paciente e culminar na desistência da terapia; em contrapartida, dificilmente um paciente fica ofendido com interpretações feitas na entrevista inicial, mesmo que elas não tenham sido muito corretas, já que configuram uma tentativa de extinguir ou amenizar o sofrimento de quem buscou auxílio especializado⁷³.

Em relação a casos de triagem como os discutidos por Andrade et al.⁷², ocorre comumente, nas clínicas/serviços-escola, que o processo psicoterapêutico se inicia com a avaliação do paciente e as triagens “podem ser terapêuticas”⁷⁵ (p. 78). Sendo assim, dependendo do caso, é possível que a alta do paciente aconteça na triagem, já que “[...] é um processo psicodiagnóstico que tem início, meio e fim, dura de 4 a 5 sessões”⁴ (p. 38), ou seja, uma sequência que termina com a indicação ou não de atendimento psicoterápico⁴.

Ainda sobre o trabalho que pode ser realizado em poucos atendimentos, alguns pacientes se dizem melhores após a avaliação psicológica; isso acontece porque técnicas projetivas podem não só revelar, mas iniciar uma reestruturação do psiquismo do paciente⁷⁶, argumentação que vai ao encontro da afirmação de que “a triagem é um processo psicodiagnóstico que tem início, meio e fim” (p. 38)⁴. Sendo assim, no caso de melhora do paciente ou entendimento das causas que o conduziram à triagem, como ocorrido nos casos relatados por Andrade et al.⁷² e fundamentados na argumentação de Perfeito e Melo⁴, a não indicação de psicoterapia poder ser considerada como alta.

Esta revisão sistemática de literatura sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças revelou ausência de estudos sobre essa temática específica. Porém, vale ressaltar o conceito de alta, como já relatado na introdução, que seria consequência da conquista dos objetivos almejados com o tratamento psicoterápico¹. Para ilustrar as argumentações de Iankilevich et al.¹, foi analisado o estudo de Padova⁷⁷, cujo foco era a violência sexual e moral contra crianças. No relato do caso estudado, estão explícitos os objetivos do tratamento psicoterápico. Dessa maneira, é possível considerar que o alcance desses objetivos poderia caracterizar a alta, como segue.

Júlio, nome fictício de um menino que, aos oito anos de idade, foi levado ao Conselho Tutelar pela mãe, apresentou como queixa enurese. Ao ser atendido pelo psicólogo dessa instituição, relatou que seu pai costumava manipular seu pênis e, então, foi encaminhado ao Serviço/Clínica-Escola de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Ali, ao serem realizadas entrevistas iniciais com mãe e filho, a criança manteve sua afirmação acerca do comportamento de seu pai em relação a ele, enquanto sua mãe o questionava quanto à veracidade do relato. Ficou explícito que essa ação cometida pelo pai era bastante desagradável para ele, uma violência que deixara marcas psíquicas, medos, sensações de impotência potencialmente prejudiciais ao desenvolvimento emocional do menino⁷⁷. Com base nos resultados das entrevistas iniciais, foi determinado, como objetivos desse tratamento,

a constituição de um vínculo de confiança onde a criança tivesse sua palavra reconhecida, viabilizando a expressão de fantasias e sentimentos que com o auxílio do terapeuta pudessem ser colocadas em palavras, o que contribui para a elaboração da situação traumática e reestruturação do mundo interno e relações objetais⁷⁷ (p. 51).

Também nesse caso, empregado como exemplo para discutir a definição de alta para psicoterapia psicanalítica de crianças utilizada por Gastaud e Nunes², como já citado na introdução, a alta ocorre “quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos”² (p. 16).

Partindo do conceito de psicoterapia psicanalítica “terapia conduzida na forma de psicanálise clássica”⁷⁸ (p. 768) e no que se refere ao contrato no tratamento psicanalítico, este ocorre entre paciente e terapeuta e nele fica estabelecido que o terapeuta prestará serviços ao paciente com base na sua formação especializada e o paciente honrará os honorários e contribuirá para o bom desenvolvimento dos serviços que lhe serão prestados. Por outro lado, não devem ser negligenciadas no tratamento as interações do paciente com as pessoas de seu círculo social, como, por exemplo, os pais/responsáveis com os quais o terapeuta irá interagir⁷⁹.

No que se refere aos objetivos do tratamento psicanalítico, estabelecer objetivos de certa forma exclusivos para um determinado paciente – criança – não significa um distanciamento “do método analítico”⁸⁰ (p. 216). Em geral, os objetivos primordiais do tratamento psicanalítico de crianças estão em conexão com a evolução psíquica de acordo com o esperado⁸⁰.

Em relação aos demais artigos encontrados nas consultas às bases de dados eletrônicas, foram identificados dois estudos sobre alta em análise cujos abstracts/resumos indicavam não tratar de análises de crianças; além disso, foram identificados três estudos sobre abandono de tratamento em psicoterapia independentemente da abordagem e um estudo sobre abandono de tratamento em análise de crianças. Ante a constatação de lacuna na literatura sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças, pode-se questionar, conforme Paludo e Koller⁸¹, a possibilidade de averiguar os fatores que possivelmente contribuiriam para a satisfação humana, já que existem fatores mais urgentes, e se seria possível à pesquisa científica averiguá-los como propõe a psicologia positiva. Merece destaque a consulta à base de dados PsycINFO, feita por Paludo e Koller⁸¹, na qual a palavra-chave “depressão” identificou 110382 estudos indexados entre 1970 e 2006; a palavra-chave “felicidade” identificou 4711 estudos indexados no mesmo intervalo de tempo.

Assim, é possível destacar, da mesma forma que Paludo e Koller⁸¹, sobre os resultados da revisão sistemática de literatura realizada, a escassez de publicações sobre a temática objeto desta revisão. Como apontaram as autoras, a escassez de estudos sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças poderia estar associada a uma tendência do período pós-Segunda Guerra Mundial de investigar as razões dos sofrimentos vigentes até os dias atuais, em detrimento de pesquisar os aspectos positivos da vida humana. Essa tendência de priorizar a compreensão da psicopatologia se manteve na área da psicologia e de outras áreas da saúde.

Em relação aos demais artigos identificados nas bases de dados, a maioria era resultado de estudos sobre terapias realizadas no ambiente hospitalar, panorama predominante nos artigos identificados na base de dados MEDLINE (PubMed). Iankilevich et al.¹ fizeram uma consulta à base de dados PubMed a partir da palavra-chave “patient discharge” e identificaram 142 trabalhos, sendo que a maioria se referia a “violações no vínculo terapeuta-paciente após o término do tratamento ou a aplicações de uma determinada abordagem psicoterápica em relação a algum transtorno específico, como a terapia cognitivo-comportamental em transtornos alimentares”¹ (p. 146); no entanto, eles não especificaram se esses estudos eram de pacientes atendidos em hospitais ou em ambulatório. Esses autores também argumentam que a “escassez de estudos”¹ (p. 146) sobre a temática da alta em psicoterapia talvez seja consequência das poucas investigações sobre a efetividade das psicoterapias de abordagem psicanalítica; apontam ainda que a maior parte desses “escassos artigos referentes à alta em psicoterapia”¹ (p. 146) eram estudos de caso realizados em grupos de pesquisa específicos, o que poderia comprometer a sua validade externa.

Conclusão

Em suma, foi identificado somente um estudo sobre alta de crianças após triagem para psicoterapia realizada em ambulatório e ausência de estudos sobre alta em psicoterapia psicanalítica de crianças indexados nas bases de dados eletrônicas consultadas, apesar de terem sido exploradas todas as possibilidades de angariá-los, o que revelou uma lacuna na literatura científica sobre o assunto, como já tinham constatado Iankilevich et al.¹. Apesar disso, com base nos casos de triagem explicitados no único artigo encontrado⁷², o não encaminhamento para psicoterapia foi considerado alta. Assim sendo, com base na argumentação dos autores citados, apesar das diferentes situações, a alta de crianças pode acontecer após a triagem pela não indicação de tratamento após a triagem, quando as poucas entrevistas realizadas resultaram na modificação ou possível diminuição dos sintomas; ou após um tratamento de alguns meses que resultou em diminuição ou eliminação de sintomas; esta última seria a alta propriamente dita, conforme definição de alta utilizada por Gastaud e Nunes², considerada adequada para a psicoterapia psicanalítica.

Referências

1. Iankilevich E, Lima AFBS, Szobot CM. Alta em psicoterapia de orientação psicodinâmica. In: Cordioli AV, ed. *Psicoterapia abordagens atuais*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 130-148.
2. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev Psiquiatr RS*. 2009; 31(1): 13-23.
3. Dorsch F, Hacker H, Stapf K. *Dicionário de psicologia DORSCH*. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. *Psicoterapia Infantil*; p. 791.
4. Perfeito HCCS, Melo SA. Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Rev Estudos de Psicologia*. 2004; 21(1): 33-42.
5. Coppelillo HP. *Psicoterapia psicodinâmica de crianças*. Porto Alegre: Artmed; 1990a. Capítulo 11, Iniciando a terapia; p. 205-229.
6. Coppelillo HP. *Psicoterapia psicodinâmica de crianças*. Porto Alegre: Artmed; 1990b. Capítulo 12, A fase intermediária do processo terapêutico; p. 230-265.
7. Coppelillo HP. *Psicoterapia psicodinâmica de crianças*. Porto Alegre: Artmed; 1990c. Capítulo 13, A terminação do tratamento; p. 266-285.

8. Castro LK, Campezzato PM, Saraiva LA. As etapas da psicoterapia com crianças. In: Castro MGK, Stürmer A, ds. Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 97-115.
9. Coppolillo HP. Psicoterapia psicodinâmica de crianças. Porto Alegre: Artmed; 1990d. Capítulo 1, Psicoterapia: uma arte e uma disciplina; p. 13-21.
10. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069. Promulgada em 13 de Julho de 1990. Porto Alegre: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente: 2000.
11. Elia CDS. Alta em análise. Caderno de psicanálise. 1985; 4: 38-41. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
12. Kullock EP. Alta em análise: do lugar da teoria. Caderno de psicanálise. 1985; 4: 4-7. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
13. Roy B, Helt A. Simultaneous parent and child post-discharge groups. J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs. 1989; 2(3): 110-112.
14. Brewer T, Faitak MF. Ethical guidelines for the inpatient psychiatric care of children. Prof Psychol Res PR. 1989; 20(3):142-147.
15. McGuire TL, Sylvester CE. Neuropsychiatric evaluation and treatment of children with head injury. J Learn Disabil. 1987; 20(10): 590-595.
16. Goodstein RK. Burns: an overview of clinical consequences affecting patient, staff, and family. Compr Psychiatry. 1985; 26(1): 43-57.
17. Bandeira M. Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1993; 9(42): 491-498.
18. Miranda CML. Internações psiquiátricas e reabilitação psicossocial. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1998; 9(47): 437-439.
19. Tocci PA, Xavier C, Bergamasso NHP. Estudo comparativo da alimentação em recém-nascido a termo no momento da alta hospitalar. Temas sobre desenvolvimento. 1997; 31(6): 21-28.
20. Degiovani VM, Maffei LP, Zimmermann F, Guedes ZF. Acompanhamento pós-alta de lactentes com alterações das funções neurovegetativas: ênfase na relação mãe-bebê. Temas sobre desenvolvimento. 1996; 29(5): 29-31.
21. Yaroslavsky SP. Atendimento domiciliar a família. Psikhe. 1995; 1(1): 28-29.
22. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob CS, Devich-Navarro M, Suddath R, Piacentini JC, Rotheram-Borus MJ, Cohen D, Tang L. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. Psychiatr Serv. 2011; 62(11): 1303-1309. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

23. Vianna MN, Barbosa AP, Carvalhaes AS, Cunha AJ. Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *J Pediatr*. 2011; 87(3): 206-212. PubMed Abstracts, [citado 10 de Maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
24. Garner BR, Godley MD, Funk RR, Lee, MT, Garnick DW. The Washington Circle continuity of care performance measure: predictive validity with adolescents discharged from residential treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2010; 38(1): 3-11. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
25. Seeman MV. Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders. *J Psychiatr Pract*. 2009; 15(3): 235-242. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
26. Beck N, Warnke A. Need for child welfare care after inpatient child and adolescent psychiatric treatment. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2009; 37(1): 57-67. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
27. Greenstein DK, Wolfe S, Gochman P, Rapoport JL, Gogtay N. Remission status and cortical thickness in childhood-onset schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47(10): 1133-1140. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
28. Castro-Fornieles J, Casula V, Saura B, Martínez E, Lazaro L, Vila M, Plana MT, Toro J. Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *J. Int J Eat Disord*. 2007; 40(2): 129-135. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
29. Blader JC. Which family factors predict children's externalizing behaviors following discharge from psychiatric inpatient treatment? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(11): 1133-42. PubMed Abstracts, [citado 10 de Maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
30. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E, Alpert-Gillis LJ. Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: an integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(4): 463-467. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
31. Bean P, Loomis CC, Timmel P, Hallinan P, Moore S, Mammel J, Weltzin T. Outcome variables for anorexic males and females one year after discharge from residential treatment. *J Addict Dis*. 2004; 23(2): 83-94. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
32. Stokes JM, Pogge DL, Powell-Lunder J, Ward AW, Bilginer L, DeLuca VA. The Rorschach Ego Impairment Index: prediction of treatment outcome in a child psychiatric population. *J Pers Assess*. 2003; 81(1): 11-19. PubMed Abstracts, [citado 10 de Maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

33. Brady KL, Caraway SJ. Home away from home: factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(11): 1149-1163. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
34. Leichtman M, Leichtman ML, Barber CC, Neese DT. Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 2001; 71(2): 227-235. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
35. Ney PG, Adam RR, Hanton BR, Brindad ES. The effectiveness of a child psychiatric unit: a follow-up study. *Can J Psychiatry*. 1988; 33(9): 793-799. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
36. Solomon P, Evans D. Service needs of youths released from a state psychiatric facility as perceived by service providers and families. *Community Ment Health J.* 1992; 28(4): 305-15. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
37. Poustka F. Gradual discharge as part-time inpatient treatment. *Psychiatr Prax.* 1982; 9(5): 155-159. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
38. Adelson G, Leader MA. The social worker's role: a study of private and voluntary hospitals. *Hosp Community Psychiatry.* 1980; 31(11): 776-780. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
39. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiatria. *Mental.* 2011; 9(16): 303-326. PEPsic Resumos, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah>
40. Marafiga CV, Coelho ER, Teodoro MLM. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Mental.* 2009; 7(12): 77-95. PEPsic Resumos, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah>
41. Madeira LM. Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. *Rev Bras Crescimento e Desenvolvimento Humano.* 1994; 2(4): 5-11. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
42. Busatto Filho G. Psicoterapia breve em interconsulta psiquiátrica: relato de caso. *Revista ABP-APAL.* 1989; 3(11): 121-125. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
43. Duarte CE. Interação x alta: uma questão de critério? *J bras psiquiatr.* 1984; 2(33): 127-131. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>

44. Contel JOB, Boas MAV, Tenan SSHG. Psicoeducação e suporte em grupo para familiares em hospital dia J bras psiquiatr. 1998; 11(47): 553-556. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de Maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
45. Silva AR. A desospitalização psiquiátrica no IPSEMG. J. bras psiquiatr. 1997; 2(46): 83-87. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
46. Logan DE, Carpino EA, Chiang G, Condon M, Firn E, Gaughan VJ, Hogan M, Leslie LS. A day-hospital approach to treatment of pediatric complex regional pain syndrome: initial functional outcomes. Clin. J. Pain. 2012; 28(9): 766-774. PubMed Abstracts, [citado 10 de Maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
47. Chan JM, Leff PT. Play and the abused child: implications for acute pediatric care. Child Health Care. 1988; 16(3): 169-176. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
48. Solomon JR. Care and needs in a children's burns unit. Prog Pediatr Surg. 1981; 14: 19-32. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
49. Levin EC. The challenges of treating developmental trauma disorder in a residential agency for youth. J Am Acad Psychoanal. 2009; 37(3): 519-538. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
50. Patterson P, Matthey S, Baker M. Using mental health outcome measures in everyday clinical practice. Australas Psychiatry. 2006; 14(2): 133-136. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
51. Papin T, Houck T. All it takes is leadership. Child Welfare. 2005; 84(2): 299-310. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
52. Holland R, Moretti MM, Verlaan V, Peterson S. Attachment and conduct disorder: the Response Program. Can J Psychiatry. 1993; 38(6): 420-431. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
53. Block BM, Arney K, Campbell DJ, Kiser LJ, Lefkowitz PM, Speer SK. American Association for Partial Hospitalization Child and Adolescent Special Interest Group: standards for child and adolescent partial hospitalization programs. Int J Partial Hosp. 1991; 7(1): 13-21. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
54. Lawder EA, Poulin JE, Andrews RG. A study of 185 foster children 5 years after placement. Child Welfare. 1986; 65(3): 241-251. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

55. Herrmann L. A questão da Psicanálise em Fábio Herrmann: crise em crise? *Rev bras psicanál.* 2009; 43(3): 81-92. PEPSIC Resumos, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah>
56. Pinheiro AMV, Lúcio PS, Silva DMRS. Avaliação cognitiva de leitura: o efeito de regularidade grafema-fonema e fonegrafema na leitura em voz alta de palavras isoladas no português do Brasil. *Psicol teor prat.* 2008; 10(2): 16-30. PEPSIC Resumos, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/cgi-bin/wxis.exe/iah>
57. Barroco SMS. O alienista: em questão o confinamento do doente mental. *Psicologia em estudo.* 1996; 1(1): 133-169. INDEXPSI Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/>
58. Lyons JS, Uziel-Miller ND, Reyes F, Sokol PT. Strengths of children and adolescents in residential settings: prevalence and associations with psychopathology and discharge placement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39(2): 176-181. PubMed Abstracts, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
59. Midgley N, Navridi E. An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy.* 2006; 5(4): 437-458. Errata para: Navridi E, Midgley N. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy.* 6(2). PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
60. Ralph I. Countertransference, enactment and sexual abuse. *Journal of Child Psychotherapy.* 2001; 27(3): 285-301. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
61. Erle JB, Goldberg DA. The course of 253 analyses from selection to outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 2003; 51(1): 257-292. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
62. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B. A four-year study of enhancing outpatient psychotherapy in managed care. *Psychiatric Services.* 2003; 54(1): 41-49. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
63. McCabe KM. Factors that predict premature termination among mexican-american children in outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies.* 2002; 11(3): 347-359. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
64. Chung WS, Pardeck JT, John T, Murphy JW. Factors associated with premature termination of psychotherapy by children. *Adolescence.* 1995; 30(119): 717-721. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>

65. Kazdin AE, Mazurick JL. Dropping out child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62(5): 1069-1074. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
66. Kazdin AE, Mazurick JL, Siegel TC. Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994; 33(4): 549-557. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
67. Snir D. The Squiggle game in treatment termination. *Sihot/Dialogue: Israel Journal of Psychotherapy*. 1993; 7(3): 209-212. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
68. Berrigan LP, Garfield SL. Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *British Journal of Clinical Psychology*. 1981; 20(4): 239-242. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
69. Sarkis SM. Review of Psychotherapy of abused and neglected children. *The Family Journal*. 2008; 16(2): 186-188. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
70. Weiss B. Routine monitoring of the effectiveness of child psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998; 39(7): 943-950. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
71. Minde K, Hesse E. The role of the adult attachment interview in parent-infant psychotherapy: A case presentation. *Infant Mental Health Journal*. 1996; 17(2): 115-126. PsycINFO Resumo, [citado 10 de maio 2013]. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.save>
72. Andrade ML, Mishima-Gomes FKT, Barbieri V. Vínculos familiares e atendimento psicológico: A escuta dos pais sobre a alta da criança. *Rev SPAGESP*. 2012; 13(1): 5-13. [citado 18 de março 2013]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-29702012000100002&script=sci_arttext
73. Winnicott DW. O valor da consulta terapêutica. In: Winnicott C, Sheperd R, Davis M. eds. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed; 1965/1994. p. 244-248.
74. Winnicott DW. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1948/1982. Capítulo 13, *Pediatria e psiquiatria*; p. 287-311.
75. Coppolillo HP. *Psicoterapia psicodinâmica de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990e. Capítulo 6, *Entrevistas diagnósticas: uma visão geral*; p. 78-109.
76. Barbieri V, Jacquemim A, Alves ZMMB. O psicodiagnóstico interventivo como método terapêutico no tratamento infantil: fundamentos teóricos e prática clínica. *Psico*. 2007; 38(2): 174-181.

77. Pádova RM. Atendimento com crianças: reflexões sobre um caso clínico. *Práxis e Formação*. 2008; 1: 46-52. [citado 12 de abril 2013]. Disponível em: <http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXI/pdf/a0607ar08.pdf>
78. VandenBos GR. Dicionário de Psicologia da APA. Porto Alegre: Artmed; 2010. Psicoterapia Psicanalítica; p.768.
79. Menninger KA, Holzman PS. Teoria da Técnica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar; 1979. Capítulo 2, O contrato; p. 28-48.
80. Sandler J. (1982). Técnica da psicanálise infantil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. Capítulo 26, Metas do tratamento; p. 213-217.
81. Paludo SS, Koller SH. Psicologia positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*. 2007; 17(36): 9-20.

Correspondência:

Izabel Cristina Paez
Rua Portugal, 92 - Jardim Europa
87111-050 Sarandi, PR, Brasil
izabelcristinapaez@hotmail.com
(55+ 44) 9963-9076

Submetido em 16/06/2013

Devolvido aos autores em 18/07/2013

Retorno dos autores em 09/08/2013

Aceito em 26/08/2013