



ARTIGO ORIGINAL

Caracterização de Clientela em Comunidade Terapêutica Infanto-Juvenil

Characterization of Clientele in a Child-Therapeutic Community

Caracterización de la Clientela en una Comunidad Terapéutica Infantil

Luiza Tolardo Dal Conte^{a,b}

Sílvia Cristina Marceliano Hallberg^{a,b}

^a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Psicologia – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

^b Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA), Psicologia – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20190024

Instituições: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e da Adolescência (CEAPIA)

Resumo

Comunidade Terapêutica (CT) é uma técnica psicoterápica que enfatiza as influências ambientais e interpessoais na ressocialização e reabilitação do paciente. Há pouca literatura sobre perfil de pacientes em CT Infanto-Juvenil. Objetivou-se caracterizar a clientela atendida em CT numa clínica-escola de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2008 a 2017. Trata-se de uma análise documental, descritiva, quantitativa e de corte transversal. Consultou-se 49 prontuários de pacientes, entre 2 a 12 anos de idade ($M= 7,04$; $DP= 2,3$), sendo a maioria do sexo masculino (87,8%). As variáveis pesquisadas foram: sexo; idade; escolaridade; tipo de ensino; tratamentos prévios à CT; fontes encaminhamento; sintomatologia; diagnóstico; tempo de tratamento; terapêuticas

complementares à CT e tipo de encerramento do atendimento. Os dados coletados receberam tratamento estatístico. Os resultados mais expressivos indicaram um perfil predominante de meninos, com história de múltiplas terapêuticas (psicoterapia, acompanhamento psiquiátrico e neurológico) e uso de psicofármacos. O Transtorno do Espectro Autista foi o diagnóstico mais prevalente e agressividade foi o sintoma mais frequente.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; Criança; Clínica-escola

Abstract

Therapeutic Community (TC) is a psychotherapeutic technique that emphasizes environmental and interpersonal influences on patient resocialization and rehabilitation. There is little literature on patient profile in children and adolescents. The objective of this study was to characterize the clientele attended at TC in a school clinic in Porto Alegre/RS, from 2008 to 2017. This is a documentary, descriptive, quantitative and cross-sectional analysis. We consulted 49 medical records of patients, between 2 and 12 years old ($M = 7.04$; $SD = 2.3$), most of them male (87.8%). The researched variables were gender; age; schooling; type of education; pre-CT treatments; referral sources; symptomatology; diagnosis; treatment time; complementary therapies to the TC and type of care termination. The collected data received statistical treatment. The most expressive results indicated a predominant profile of boys, with a history of multiple therapies (psychotherapy, psychiatric and neurological follow-up) and use of psychotropic drugs. Autistic Spectrum Disorder was the most prevalent diagnosis and aggressiveness was the most common symptom.

Keywords: Therapeutic Community; Child; School-clinics

Resumen

La comunidad terapéutica (TC) es una técnica psicoterapéutica que enfatiza las influencias ambientales e interpersonales en la resocialización y rehabilitación del paciente. Existe poca literatura sobre el perfil del paciente en niños y adolescentes. El objetivo de este estudio fue caracterizar a la clientela atendida en TC en una clínica escolar en Porto Alegre/RS, de 2008 a 2017. Este es un análisis documental, descriptivo, cuantitativo y transversal. Consultamos 49 registros médicos de pacientes, entre 2 y 12 años ($M = 7.04$; $SD = 2.3$), la mayoría de ellos hombres (87.8%). Las variables investigadas fueron: género; edad escolaridad tipo de educación; tratamientos pre-CT; fuentes de referencia; sintomatología diagnóstica; tiempo de tratamiento; terapias complementarias a la CT y tipo de terminación de la atención. Los datos recogidos recibieron tratamiento estadístico. Los resultados más expresivos indicaron un perfil predominante de niños, con antecedentes de múltiples terapias (psicoterapia, monitoreo psiquiátrico y neurológico) y uso de drogas psicotrópicas. El trastorno del espectro autista fue el diagnóstico más frecuente y la agresividad fue el síntoma más común.

Palabras clave: Comunidad Terapéutica; Niño; Escuela Clínica

Introdução

Comunidade Terapêutica (CT) é definida como técnica psicoterápica que enfatiza as influências ambientais e interpessoais na ressocialização e reabilitação do paciente¹. A expressão CT foi utilizada pela primeira vez em 1929, nos Estados Unidos, pelo psiquiatra Harry Stack Sullivan. O termo foi popularizado somente na década de 50, devido à publicação do livro *Social Psychiatry* de Maxwell Jones, na Inglaterra^{2,3,4}. Após a Segunda Guerra Mundial, na Europa, observou-se o surgimento de diversas CTs como uma tentativa de humanizar o trato com o doente mental, além de amenizar e/ou impedir os efeitos negativos da estruturação corrente do tratamento psiquiátrico^{2,4,5}. O atendimento na modalidade de CT pode ser estruturado em vários espaços, como em hospitais psiquiátricos, em prisões, em escolas, em residenciais, entre outros^{3,6,7}. Apesar das diferentes formas que uma CT pode constituir-se, há como elemento comum o princípio de que o ambiente é o fator terapêutico. Os profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe, bem como a relação destes com o paciente, as técnicas escolhidas e a estrutura física onde ocorre o tratamento instituem um conjunto para a idealização de uma CT^{3,6}.

Inicialmente, a CT era uma modalidade de atendimento para adultos. Conforme as outras técnicas de psicoterapia foram se ampliando e agregando recursos lúdicos para o acolhimento de crianças e de adolescentes, as CTs também foram fazendo esse movimento⁸. A nomenclatura Ambientoterapia é comumente empregada, no sul do Brasil e em outras localidades, como equivalente a CT infanto-juvenil⁹. Nesse sentido, Osório¹⁰ sugeriu que a Ambientoterapia para crianças e adolescentes possuía um caráter de “lar-clube-escola”. Na visão do autor, a expressão “lar” referia-se à estrutura da CT, que precisa ser semelhante a do grupo familiar, visto que o intuito do acompanhamento é oferecer modelos de identificação mais saudáveis para o paciente. “Clube” remetia às atividades lúdicas e recreativas que são proporcionadas na Ambientoterapia e “escola” aludia ao espaço social característico da criança¹⁰. As atividades oferecidas aos pacientes, na modalidade de Ambientoterapia, são planejadas visando à autonomia, à organização do ambiente externo e à semelhança com a realidade cotidiana. A partir dessa lógica, a rotina terapêutica inclui atividades artísticas, domésticas, recreativas, psicopedagógicas, entre outras^{5,9,10}. A Ambientoterapia possui efetividade terapêutica para crianças com distúrbios evolutivos, psicóticos e neuróticos em crises¹⁰. Também é indicada em casos de problemas de socialização, agressividade, impulsividade, atrasos globais do desenvolvimento, entre outras condições que necessitam de um acompanhamento diferenciado daquele oferecido na clínica individual^{8,10}. Ainda é aconselhada para pacientes que apresentam características regressivas, que remetem a uma fragilidade egóica, fruto de relações objetais primárias falhas e, por consequência, requerem tratamentos especiais^{2,3,10,11,12}.

Pesquisas sobre o perfil de clientela em CTs estão predominantemente relacionados ao tratamento de adultos no contexto do uso abusivo de drogas^{13,14,15,16,17,18,19}. Há pouca literatura dedicada ao levantamento de dados terapêuticos envolvendo crianças em ambientoterapia⁹. O presente estudo objetivou caracterizar a clientela atendida na modalidade de CT infanto-juvenil de uma clínica-escola de Porto Alegre/RS, entre os anos de 2008 a 2017.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, realizado a partir de uma pesquisa documental^{20,21}. Foram consultados 49 prontuários de crianças que estiveram em atendimento, na modalidade de CT infanto-juvenil, entre os anos de 2008 a 2017, numa clínica-escola localizada em Porto Alegre/RS. As informações coletadas foram transcritas para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – 17ª Edição) e receberam tratamento estatístico (frequência).

A consulta aos prontuários para fins do presente estudo, seguiu a Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre a ética em pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais²². Além disso, os responsáveis pelas crianças pesquisadas concordaram que os dados coletados fossem utilizados para fins de pesquisa, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido.

As variáveis coletadas incluíram: sexo; idade; escolaridade; tipo de ensino frequentado pela criança (ensino público ou privado); busca por tratamentos anteriores à CT; fontes encaminhamento para atendimento; sintomatologia e hipótese diagnóstica. Também foram coletados dados referentes ao tempo de permanência em CT, tratamentos complementares a essa modalidade e tipo de encerramento dado ao atendimento. Essas informações foram retiradas tanto da ficha de triagem dos pacientes quanto das evoluções preenchidas pelas equipes de terapeutas.

O trabalho de CT da clínica-escola pesquisada baseava-se no referencial psicanalítico, combinado com manejos comportamentais. A equipe era composta por psicólogos, estagiários de psicologia, psiquiatra, assistente social, psicopedagoga e fonoaudióloga. O objetivo do tratamento era proporcionar um espaço terapêutico em grupo para crianças que demandavam maior atenção e tempo do que poderia ser oferecido em uma psicoterapia individual. Eram acolhidos pacientes de quatro a doze anos de idade, que demonstravam dificuldades de socialização e para seguir regras e limites. Esses pacientes também apresentavam história de impulsividade e agressividade, problemas de conduta e atrasos globais do desenvolvimento. As crianças atendidas eram agrupadas conforme faixa etária e nível de funcionamento mental, sendo ainda considerados outros critérios clínicos e desenvolvimentais. Os pacientes recebiam atendimento por duas horas e 45 minutos, duas vezes por semana. Nesse período, eram realizadas atividades diversas. Os pais desses pacientes também recebiam cuidado terapêutico através de grupos de apoio semanais ou acompanhamento individual.

Resultados

Dos 49 prontuários consultados, a maioria era de pacientes do sexo masculino (87,8%), com idade variando entre 2 a 12 anos ($M= 7,04$; $DP= 2,3$). Conforme dados da Tabela 1, essas crianças estavam matriculadas entre a pré-escola e o sexto ano do Ensino Fundamental, sendo que a maior parte frequentava a pré-escola (26,5%). O ensino privado era frequentado por 65,3% desses pacientes pesquisados.

Com relação aos tratamentos anteriores a CT, os dados indicaram que a maioria das crianças

(69,4%) já havia realizado atendimento psicoterápico individual. Igualmente, a maioria possuía história de acompanhamento psiquiátrico ou neurológico (67,3%) e 73,5% fazia uso de psicofármacos. Ainda, 40,8% dos pacientes foi submetido à avaliação psicológica (testagem); 28,6% realizaram acompanhamento fonoaudiólogo e 26,5% acompanhamento psicopedagógico. Quanto às fontes de encaminhamento, a maioria dos pacientes buscou atendimento por indicação de psicólogos (42,9%), seguido de escolas (18,4%), de psiquiatras (14,3%) e de neurologistas (10,2%).

Para a presente pesquisa, foram coletados os três primeiros sintomas registrados no momento da procura por tratamento. Os dados mostraram variabilidade de sintomatologias, sendo os mais prevalentes aqueles relacionados à agressividade, à agitação/hiperatividade e baixa tolerância à frustração (Tabela 2).

Foram levantadas as hipóteses diagnósticas registradas ao final da avaliação dos pacientes, ou seja, na fase inicial do tratamento. Esses dados foram coletados junto ao registro das evoluções dos pacientes, e foram agrupados em categorias de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)²³. Os Transtornos do Neurodesenvolvimento foi a categoria diagnóstica mais prevalente (29%). Nessa categoria, foram encontradas 13 crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e uma com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, 16,3% das crianças receberam diagnósticos classificados na categoria dos Transtornos Depressivos e 14,3% na categoria dos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (Tabela 3).

Quanto ao tempo de permanência em atendimento, a maioria dos pacientes permaneceu de um a dois anos em acompanhamento (26,3%). Ainda, 23,7% das crianças pesquisadas ficaram de sete meses a um ano em atendimento e 21,1% permaneceram somente um mês em tratamento (Gráfico 1).

A pesquisa também apontou que a maioria dos atendimentos em CT eram complementados com outro tipo de terapêutica (96%). Nesse contexto, encontrou-se que 63,3% dessas crianças realizaram atendimento psiquiátrico; 14,3% psicoterapia individual; 12,2% acompanhamento psicopedagógico e 5,9% atendimento neurológico.

Para levantar o tipo de término de atendimento foi adotada a categorização sugerida por Gastaud e Nunes^{24, 25}. As autoras propõem três classificações de encerramento para fins clínicos e de pesquisa: não aderência, abandono e alta. A não aderência é registrada quando o atendimento é interrompido ainda na fase de avaliação, ou seja, antes que os objetivos estabelecidos para o tratamento estejam claros para ambos os participantes ou em situações em que não há indicação de tratamento. As autoras entendem que, como regra geral, as avaliações tenham, em média, um mês de duração. O abandono ocorre quando o atendimento é encerrado antes que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos, independentemente dos motivos que levaram o paciente ou o terapeuta a interrompê-lo e independentemente de a decisão ter sido uni ou bilateral. Para as autoras, o atendimento deve ter tido duração mínima de um mês para o paciente ser considerado abandonante. Por último, a alta é classificada quando os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos^{24,25}. Na amostra pesquisa, foi registrado um expressivo índice de encerramentos por abandono

(80%). Receberam alta somente 11,4% da amostra e em 8,6% dos prontuários não foi registrado o tipo de término. Ainda, nenhum encerramento ocorreu por não aderência.

Discussão

O perfil mais prevalente dos pacientes atendidos em CT infanto-juvenil, na clínica-escola pesquisada, entre os anos de 2008 e 2017, é o de um menino, com a idade média de sete anos e que cursa a pré-escola em uma instituição privada. Estudos de caracterização de pacientes infantis que buscam atendimento psicológico em clínicas-escola apontam que as maiores demandas são de pacientes do sexo masculino, na faixa etária dos seis aos dez anos de idade^{26,27,28,29}.

Antes da chegada a CT, na maioria das vezes, os pacientes já haviam buscado atendimento psicoterápico individual e o encaminhamento para a clínica-escola deu-se através, principalmente, de seu psicólogo. Esses achados podem corroborar a literatura na área, que aponta que pacientes que recebem indicação para tratamento em CTs são considerados casos mais graves, que demandam um acompanhamento diferenciado da clínica individual^{2,3,8,10,11,12}.

A hipótese diagnóstica mais frequente na amostra era de TEA, inserida no agrupamento dos Transtornos do Neurodesenvolvimento. O sintoma mais expressivo era agressividade. Ainda, a grande maioria dos pacientes já havia feito uso de psicofármacos.

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento se manifestam no início do período do desenvolvimento e caracterizam-se pela presença de déficits no desenvolvimento que produzem prejuízos nas áreas pessoal, social, acadêmica ou profissional²³. O TEA tem como principais características dificuldades nas áreas de interação social, da comunicação e do comportamento²³. Os déficits na comunicação e na interação sociais estão presentes em diversos contextos e podem ser decorrentes de padrões de interações precárias, os quais não ofereceram ao sujeito uma noção clara da diferenciação entre *self* e objeto²³. Nesse sentido, os pacientes que se encontram no espectro autista apresentam dificuldades na reciprocidade social e, assim, o estabelecimento de contato e de vínculos com outras pessoas mostra-se prejudicado²³. Além desses aspectos, para que seja diagnosticado o Transtorno do Espectro Autista, devem estar presentes padrões repetitivos de comportamento, interesses ou atividades – características que representam uma limitação na vida emocional desses pacientes^{11, 23, 30}. O TEA é diagnosticado quatro vezes mais frequentemente nos pacientes do sexo masculino do que no feminino, o que está em conformidade com os resultados encontrados no presente estudo²³. Estudos mostram que a agressividade é um sintoma comum do Transtorno do Espectro Autista^{31, 32}. De acordo com Badaracco², os pacientes em CTs tem a possibilidade de elaborar a agressividade, visto que o ambiente proporciona a contenção desses impulsos através da colocação de limites. Bouras et al.³¹ associam a agressividade com expulsão escolar, exclusão de serviços, institucionalização e uso de psicofármacos. Ainda, os mesmos autores evidenciaram no seu estudo que indivíduos com o TEA recebem medicação psiquiátrica em maior proporção quando comparados a sujeitos com ausência de transtornos psiquiátricos³¹. Carpenter et al.³³ indicam que

múltiplos psicofármacos são prescritos para crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Conforme os resultados encontrados no presente estudo, a maior parte dos pacientes da Ambientoterapia da clínica-escola já havia feito uso de psicofármacos antes de iniciarem o acompanhamento na instituição e a maioria recebeu atendimento complementar psiquiátrico.

Em relação à permanência dos pacientes em atendimento na CT encontrou-se uma variabilidade entre um e dois anos e o encerramento mais frequente foi interrupção. De acordo com Inciardi, Mello, Pechansky e Surrat³⁴, os pacientes em CTs passam mais tempo no ambiente terapêutico do que em outras modalidades de terapia. Auriacombe, Denis, Fatséas, Langlois e Malivert³⁵ em uma revisão sistemática sobre a efetividade das CTs sugerem que a média de permanência dos pacientes em tratamento é de 38 a 180 dias. Alguns estudos apontam que a efetividade dos atendimentos em CTs está relacionada a longos períodos de tempo e a conclusão do tratamento^{35,36}. Já o estudo de Aslan³⁷ com usuários de drogas em CTs mostrou que, apesar do abandono do tratamento, os pacientes se beneficiaram com as experiências obtidas.

O número de abandonos de tratamento, encontrado na amostra pesquisada, foi mais expressivo do que o localizado em outros estudos de caracterização de clientela infantil em clínica-escola. Bernstein e Silva localizaram uma taxa de 41,85%³⁸ e Mantovani, Marturano e Silveses encontraram 49% de abandonos³⁹. Cunha e Benetti identificaram abandono em 64,15% de prontuários⁴⁰ e Gastaud e Nunes encontraram 37,7% de abandono de atendimento por crianças em clínica-escola²⁵.

Conclusões

O presente estudo objetivou apresentar o perfil de pacientes infantis que estiveram em atendimento na CT infanto-juvenil de uma clínica-escola entre os anos de 2008 a 2017. Estudos dessa natureza auxiliam processos reflexivos a respeito das demandas de tratamento mais recorrentes no contexto atual. Ademais, pode-se entender a presente pesquisa como uma forma de instrumentalização da equipe da clínica-escola e de outras CTs, na medida em que podem ser realizados treinamentos e aperfeiçoamentos de acordo com as características dos pacientes que requerem essa modalidade de atendimento.

A limitação do presente estudo é a existência de dados incompletos, ausentes e a não padronização da linguagem nos registros nos prontuários. A partir do preenchimento adequado das informações, os resultados seriam mais específicos e poderiam ser realizadas pesquisas em maior quantidade, ampliando os temas possíveis de serem estudados e diminuindo o tempo de levantamento de dados. Por fim, sugerem-se estudos futuros acerca das demandas desse perfil de pacientes, para que as atualizações teóricas possam ir ao encontro da realidade que se apresenta e, assim, para que os pacientes sejam atendidos da melhor forma possível.

* Todos os autores participaram ativamente da elaboração do presente artigo.

Tabela 1. Escolaridade

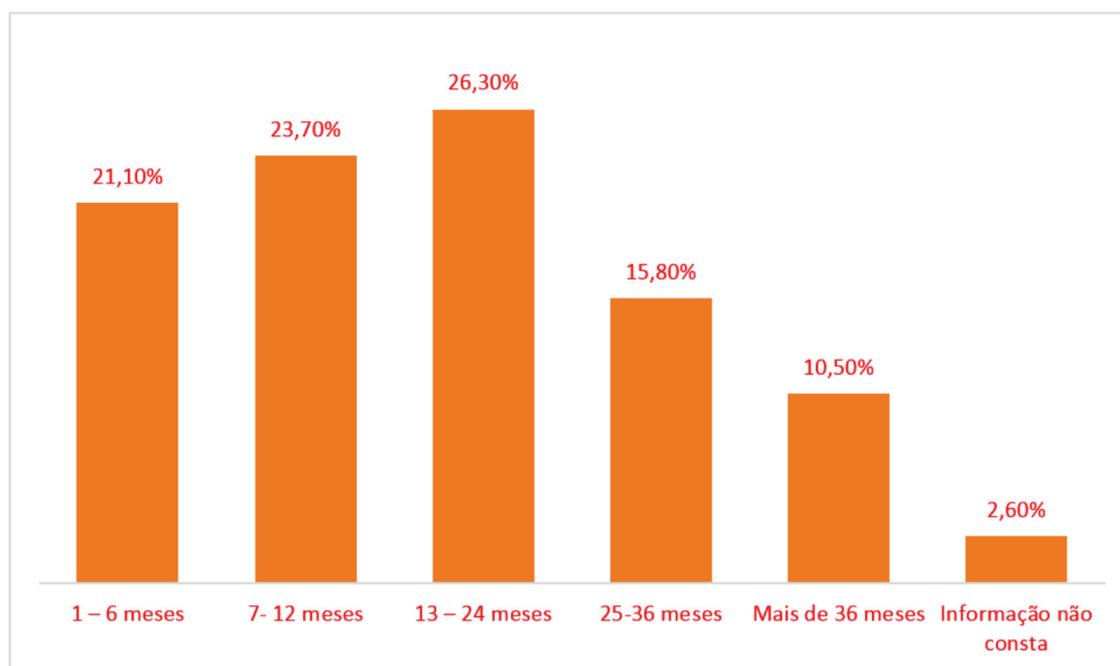
Escolaridade	N	%
Pré-escola	13	26,5%
1º Ano do Ensino Fundamental	11	22,4%
2º Ano do Ensino Fundamental	5	10,2%
3º Ano do Ensino Fundamental	7	14,3%
4º Ano do Ensino Fundamental	3	6,2%
5º Ano do Ensino Fundamental	4	8,2%
6º Ano do Ensino Fundamental	1	2%
Não frequenta a escola	4	8,2%
Dado não consta no prontuário	1	2%
Total	49	100%

Tabela 2. Sintomas

Sintomas	1º sintoma referido		2º sintoma referido		3º sintoma referido	
	N	%	N	%	N	%
Agressividade	18	37%	5	10,2%	4	8,1%
Agitação/hiperatividade	10	21%	15	31%	11	22,4%
Baixa tolerância à frustração	3	6%	6	12,4%	3	6%
Ansiedade	4	8%	2	4%	2	4%
Comportamento estereotipado	2	4%	3	6%	5	10,2%
Dificuldades para lidar com limites/comportamento opositor	0	0%	11	22,4%	8	17%
Dificuldade na motricidade	0	0%	0	0%	1	2
Baixa autoestima	1	2%	0	0%	0	0%
Irritabilidade/alteração de humor	2	4%	0	0%	0	0%
Dificuldades de aprendizagem	0	0%	3	6%	1	2%
Atraso de fala ou de linguagem	3	6%	0	0%	4	8,1%
Problemas alimentares	0	0%	1	2%	1	2%
Atraso no desenvolvimento	1	2%	0	0%	0	0%
Coleito	0	0%	1	2%	0	0%
Tiques	1	2%	0	0%	0	0%
Autoagressão	0	0%	0	0%	1	2%
Enurese	1	2%	1	2%	0	0%
Encoprese	1	2%	0	0%	0	0%
Dificuldades de socialização	0	0%	0	0%	4	8,1%
Problemas de atenção/concentração	1	2%	1	2%	4	8,1%
Medos	1	2%	0	0%	0	0%

Tabela 3. Hipóteses diagnósticas

Hipóteses diagnósticas	N	%
Transtornos do Neurodesenvolvimento	14	29%
Transtornos depressivos	8	16,3%
Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta	7	14,3%
Transtornos de ansiedade	3	6%
Transtornos relacionados a trauma e a estressores	0	0%
Transtornos de personalidade	2	4%
Espectro da esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos	0	0%
Transtornos alimentares	0	0%
Transtorno bipolar e transtornos relacionados	3	6%
Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos	0	0%
Transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados	0	0%
Não consta diagnóstico no prontuário	12	24,4%

Gráfico 1. Tempo de permanência em atendimento

Referências

1. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai 18; citado 2017 Jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acessado em nov 2019.
2. Badaracco JEG. Introdução. In: Badaracco JEG, ed. Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura multifamiliar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994. p. 1-21.

3. Nilles MA, Taschetto AR. Ambientoterapia: uma indicação terapêutica na infância e adolescência. Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência. 1996;9(9): 127-134.
4. Rodrigué E. Introducción. In: Rodrigué E, ed. Biografía de una comunidad terapéutica. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1965. p. 1-17.
5. Teixeira MOL. De belmont ao odilon galotti: as comunidades terapêuticas no brasil e a resistência à ditadura militar. Culturas Psi.2012;1(0): 63-83.
6. Blaya M. Ambientoterapia: comunidade terapêutica. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 1965;22(1): 39-43. DOI: 10.1590/S0004-282X1963000100007.
7. Fussinger C. 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II. History of Psychiatry. 2011;22(2): 63-146. DOI: 10.1177/0957154X113999201.
8. Berni ALB, Ferreira AL, Fridman M, Giaretta V, Marczyk CF, Orengo LG, Souza CG. O lobinho e o manto mágico: uma intervenção em ambientoterapia. Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência. 2013;22(22):114-120.
9. Bernardy AS, Zamo R. Ambientoterapia: um estudo teórico. Revista de Psicologia da IMED. 2016;8(1): 52-58. DOI: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n1p52-58.
10. Osório LC. Ambientoterapia na infância e adolescência. Porto Alegre: Movimento; 1975.
11. Amaral FA, Giaretta V, Kreutz RH, Milagre PK. Autismo, ambientoterapia e psicanálise. Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência. 2015;24(24):36-24.
12. Berni ALB, Brew PC, Feil CF, Ferreira AL, Giaretta V, Milagre PK, Orengo LG, Souza CG. Falhas no desenvolvimento emocional primitivo e os diferentes níveis de contenção em ambientoterapia. Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência. 2014;23(23):59-46.
13. Becker K, Chan KS, Ebener P, Mandell W, Mphil CMA, Orlando M, Wenzel S. How important are client characteristics to understanding treatment process in the therapeutic
14. Selegim MR, Oliveira MLF. Padrão do uso de drogas de abuso em usuários de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica. Revista Neurociências. 2013;21(3):339-348. DOI: 10.4181/RNC.2013.21.800.10p.
15. Coulton S, Darwin Z, Glanville J, Godfrey C, Lunn J, McDougall C, Perry A. The effectiveness of interventions for drug-using offenders in the courts, secure establishments and the community: a systematic review. Substance Use & Misuse. 2009;44(3):374-400. DOI: 10.1080/10826080802347560.
16. Gilbert P, Naismith I, Veale D, Wheatley J. A new therapeutic community: development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2015;22(4):285-303. DOI 10.1002/cpp.1897.
17. Madalena TS, Sartes LMA. Usuários de crack em tratamento em comunidades terapêuticas: perfil e prevalência. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2018;70(1):21-36.
18. Bastos FI. Políticas de drogas no Brasil contemporâneo: aportes da ciência, da clínica e do liberalismo moderno Cad. Saúde Pública. 2019; 35(11): 1-5. DOI: 10.1590/0102-311X00125519.

19. Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano OM, García AV. Psychopathological Stability of Personality Disorders in Substance Abuse Patients Treated in a Therapeutic Community. *Journal of Addictive Diseases*. 2013;32(4): 343-353. DOI: [10.1080/10550887.2013.854154](https://doi.org/10.1080/10550887.2013.854154).
20. Gil AC. Como classificar as pesquisas? In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002. p. 57-41.
21. Rampazzo L. A pesquisa. In: Rampazzo L. Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 6ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011. p. 62-51.
22. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BR) [Internet]. Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em jul 2019.
23. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). Washington: Author, 2013.
24. Gastaud MB, Nunes MLT. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):247-254. DOI: [10.1590/S0047-20852010000300012](https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012).
25. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(1): 13-23. DOI: [10.1590/S0101-81082009000100006](https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100006).
26. Hallberg SCM, Mello LFP, Golbert RI, Menger S, Souza LW. 40 anos de clínica da infância e da adolescência: análise entre décadas do perfil de pacientes atendidos no CEAPIA. Publicação CEAPIA Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência. 2019; 28(28):78-91.
27. Axelrud RP, Feil CF, Halberg SCM, Lucas B, Matos C, Merg MG, Sá I, Vescovi G. Perfil da clientela que buscou atendimento no ceapia: estudos iniciais da comissão de pesquisa. Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e da Adolescência. 2013;22(22):113-102.
28. Benetti SPC, Cunha TRS. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*. 2009;59(130):117-127.
29. Melo SA, Perfeito HCCS. Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia*. 2006;23(2):239-249. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300003](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300003).
30. Schwartzman JS. Transtornos do espectro do autismo: conceitos e generalidades. In: Schwartzman JS, Araújo CA, orgs. Transtornos do espectro do autismo – TEA. São Paulo: Memnon; 2011. p. 42-37.
31. Bouras N, Costello H, Holt G, Sturmey P, Tsakanikos E. Behaviour management problems as predictors of psychotropic medication and use of psychiatric services in adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(6):5-1080. DOI: [10.1007/s10803-006-0248-1](https://doi.org/10.1007/s10803-006-0248-1).
32. Hall S, McClintock K, Oliver C. Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: a meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2003;47(6):16-405.
33. Carpenter LA, Charles JM, Garrett-Mayer E, Logan SL, King LB, Nicholas JS. High prescription drug use and associated costs among medicaid-eligible children with autism spectrum disorders identified by a population-based surveillance network. *Annals of Epidemiology*. 2012;22(1):1-8. DOI: [10.1016/j.annepidem.2011.10.007](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2011.10.007).

34. Inciardi JA, Mello CO, Pechansky F, Surrat H. A comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes químicos: relato de uma observação participante. *Revista HCPA*. 1999;19(1):91-107.
35. Auriacombe M, Denis C, Fatséas M, Langlois E, Malivert M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*. 2012;18(1):1-11. DOI: 10.1159/000331007.
36. Campbell G, Darke S, Popple G. Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*. 2012;31(1):64-71. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2011.00298.x.
37. Aslan L. Dropping out of therapeutic community treatment: when is “unsuccessful”, successful? *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. 2015;36(2):74-88. DOI: 10.1108/TC-06-2014-0022.
38. Bernstein L, Silva JC. O abandono de tratamento psicoterápico no contexto de uma clínica-escola. *Nucleus*. 2014;11(1): 275-286. DOI: 10.3738/1982.2278.940.
39. Mantovani CCP, Marturano EM, Silvares EFM. Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*. 2010; 15(3): 527-535. DOI: 10.1590/S1413-73722010000300010.
40. Cunha TRS, Benetti SPC. Abandono de atendimento psicológico por crianças em uma clínica-escola. *Psicol. Argumento*. 2013; 31(73): 271-281.

Contribuições: Luiza Tolardo Dal Conte – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Visualização;
Sílvia Cristina Marceliano Hallberg – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Visualização.

Correspondência

Luiza Tolardo Dal Conte

e-mail: luizadalconte@gmail.com

Sílvia Cristina Marceliano Hallberg

e-mail: hallberg.scm@gmail.com

Submetido em: 08/08/2019

Aceito em: 18/11/2019