Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia *

MARILIA ANCONA LOPEZ **

1. Informações preliminares — características da clientela das clínicas-escola de psicologia; 2. Dados levantados; 3. Apresentação dos dados; 4. Discussão; 5. Conclusão.

Em 1979 e 1980 foi realizado um levantamento nas clínicas-escola de psicologia em São Paulo, verificando-se o atendimento oferecido aos clientes que procuraram essas clínicas em 1977. Foram levantados 2.826 casos verificando-se as variáveis faixa-etária, atendimento oferecido, comparecimento e motivos de desistência. Este trabalho apresenta os dados obtidos e os discute a partir de uma leitura dos mesmos, prática de trabalho junto às clínicas-escola e literatura sobre o assunto. Conclui que dificuldades ligadas às teorias e técnicas psicológicas, identidade profissional e definição do campo de competência do psicólogo influem sobre os serviços oferecidos, tornando sua eficácia questionável. Urge, portanto, redefinir a função da profissão e desenvolver novas técnicas, considerando-se as condições sociais nas quais a profissão se desenvolve.

Em 1980 fizemos um levantamento da clientela que procurou, em 1977, as clínicas-escola de psicologia, de São Paulo[1] (Lopez, 1981). A população foi caracterizada quanto a sexo, idade, nível sócio-econômico, forma como chegou à clínica e queixas apresentadas.

* Este trabalho é parte de dissertação de mestrado em psicologia clínica, apresentada na PUC/SP com o título *Avaliação de serviços de psicologia clínica*, sob orientação da Profa. Dra. Rose Maria Stefanini Macedo. (Artigo apresentado à Redação em 13.4.82.)

** Diretora da Clínica Psicológica São Marcos, chefe do Departamento de Psicologia Clínica e Social do IUP, Faculdade Objetivo. (Endereço da autora: Rua Pamplona, 237 ap. 32 — 01405 — São Paulo, SP.)

1 Clínica Psicológica Objetivo do IUP, Clínica Psicológica da PUC/SP, Clínica Psicológica São Marcos da FFCL São Marcos, Clínica Psicológica da USP.

Como era nossa intenção, com esse trabalho, não apenas conhecer a clientela que chega a essas organizações, mas também verificar quais os resultados dos atendimentos, obtivemos também dados referentes aos atendimentos oferecidos pelas clínicas, comparecimentos a esses atendimentos e motivos de desistência.

Neste artigo pretendemos apresentar os dados referentes às informações sobre os atendimentos, comparecimentos e desistência, discutindo-os. Para tanto faz-se mister discorrer brevemente sobre as características da população que vem às clínicas. Nossas afirmações sobre essa população decorrem de uma leitura dos dados levantados, que podem ser encontrados no trabalho já citado, acrescida de uma reflexão sobre os mesmos baseada em prática de trabalho e leituras realizadas.

1. Informações preliminares — características da clientela das clínicas-escola de psicologia

A população que procura as clínicas-escola de psicologia constitui-se, em sua maior parte, de dois grandes grupos: um grupo de crianças em idade escolar e um grupo de mulheres adultas. As crianças têm de 6 a 15 anos, pertencem principalmente ao sexo masculino, e níveis sócio-econômicos menos favorecidos e procuram as clínicas, basicamente, a partir de encaminhamentos dos professores, trazendo queixas de insucesso escolar. As mulheres têm entre 16 e 50 anos, vêm às clínicas, em grande parte, espontaneamente e pertencem, também, a níveis sócio-econômicos menos favorecidos. A queixa que motiva a vinda pode ser considerada, na maioria dos casos, como distúrbio de ordem afetiva.

Ao lado desses dois grupos de clientes notamos, na procura às clínicas, um pequeno grupo constituído por crianças de ambos os sexos, de 1 a 5 anos, e um pequeno grupo de idosos (acima de 50 anos), constituído, basicamente, por mulheres de nível sócio-econômico privilegiado. Entre as crianças pequenas prevalecem queixas de distúrbios de ordem funcional e, entre os idosos, queixas de distúrbios de ordem afetiva.

Chama-nos a atenção a quase ausência de homens, a partir dos 16 anos, na vinda à clínica.

Essa distribuição da população que chega às clínicas mostra-nos que, na realidade, o atendimento psicológico é considerado atributo dos grupos sociais mais fracos, isto é, dos grupos constituídos por pessoas que não compõem as forças de trabalho.

As crianças, embora representem uma futura força de trabalho, colocam-se, na medida em que não produzem escolarmente, numa situação limite entre a integração e a marginalização social, como mostram Copit (1977) e Patto (1981). Para elas a clínica representa o local onde serão ajudadas a reintegrar-se socialmente e onde aprenderão a produzir mais e melhor.

A situação das mulheres é amplamente discutida por Blay (1975), Cardoso (1980), Goldberg (1975) e Mello (1975). Esses autores mostram que as mulheres, confinadas a um trabalho doméstico, desvalorizado socialmente, encontram-se privadas de uma participação social ampla e têm poucas oportunidades de desenvolver-se como pessoas. Acostumam-se a depender de outros e a assumir poucas iniciativas. Suas inquietações não encontram canais de derivações e suas insatisfações são pouco compreendidas. Pensamos que, nessa situação, as clínicas psicológicas são vistas como o local onde serão aconselhadas, orientadas e poderão desenvolver melhor o papel feminino, emotivo e maternal, que lhes é atribuído.

Os homens, estimulados, como mostra Graciano (1975), quanto à auto-suficiência, independência econômica, realização intelectual e sexual, tendem a buscar para seus problemas internos soluções externas e dificilmente reconhecem a necessidade de ajuda. Os idosos não mais fazem parte das forças produtivas, porém não são encaminhados às clínicas psicológicas na medida em que, para eles, não há futuro.

2. Dados levantados

Procuramos verificar qual o atendimento psicológico oferecido à população que veio às clínicas-escola em 1977. Foram verificados 2.826 casos. Através da consulta a fichas e prontuários das clínicas citadas obtivemos informações sobre distribuição da população por faixas etárias, modalidades de atendimentos oferecidos, comparecimentos e motivos de desistências.

Para cada uma dessas variáveis estabelecemos algumas categorias.

As idades foram agrupadas em *faixas etárias* de 5 anos até os 35 anos, estabelecendo-se em seguida duas faixas: 35 a 50 anos e acima de 50 anos. Adotamos essas categorias baseadas em estudo prévio (Lopez, 1978).

Em relação ao atendimento oferecido foram levantadas as diferentes *áreas de atendimento,* das clínicas verificadas, e estas foram classificadas da seguinte forma: áreas de pesquisa de informação, psicodiagnóstico, áreas de reeducação, áreas de orientação/aconselhamento e áreas de psicoterapia. Para essa classificação utilizamos o conceito de psicoterapia de Wolberg (1954): forma de tratamento de problemas de natureza emocional em que uma pessoa habilitada estabelece deliberadamente relacionamento profissional com o cliente, a fim de remover, modificar ou retardar sintomas existentes, ou intervir em comportamentos desajustados promovendo desenvolvimento da personalidade. Distinguimos ainda, de acordo com o mesmo autor, orientação e aconselhamento, de psicoterapia, já que aqueles dedicar-se-iam, basicamente, ao auxílio do crescimento. Como áreas de reeducação, consideremos aquelas voltadas ao treino de disfunções específicas.

Os *comparecimentos* aos atendimentos foram agrupados de acordo com possibilidades encontradas no estudo prévio já citado, ou seja: não foi chamado encontrando-se ainda em espera (em espera); foi chamado para atendimento, porém não compareceu (não compareceu); compareceu e encontra-se em atendimento (em atendimento); compareceu e suspendeu o atendimento por iniciativa própria (atendimento suspenso); terminou uma modalidade de atendimento e aguarda novo atendimento na mesma instituição (aguarda novo atendimento); compareceu e foi encaminhado para atendimento psicológico em outra instituição (encaminhado); compareceu e continua o atendimento em outro local com a mesma pessoa que o atendeu na instituição (atendido em novo local); compareceu e não se tem informações sobre o ocorrido em relação ao atendimento (inf. sobre atendimento, falhas); compareceu e teve alta (alta).

Os *motivos de desistência*, isto é, os motivos que levaram os clientes a não comparecer ou a suspender o atendimento foram agrupados, considerando-se ainda o mesmo estudo prévio, da seguinte forma: impossibilidade de se estabelecer contato com o cliente para chamá-lo por mudança de residência, cidade ou estado (mudança de residência); problemas de distância e/ou de horário tornando o comparecimento inviável (problemas distância/horário); problemas temporários de família ou trabalho impedindo o comparecimento (problemas temporários); atendimento já sendo realizado em outra instituição quando da chamada (atendido em outra instituição); ausência de necessidade ou motivação para o atendimento quando da chamada (sem motivação e/ou necessidade); faltas não-justificadas ao atendimento (faltas).

Para cada uma das variáveis acrescentamos as categorias: "não se enquadra" e "não há informações".

Os dados foram tabulados por um computador Burroughs 6700 de acordo com o programa Statistical Package for the Social Sciences (Bent, 1976) obtendo-se tabelas de freqüência das variáveis faixa etária, comparecimentos e motivos de desistência em uma tabela de cruzamento da variável faixa etária com a variável áreas de atendimento.

3. Apresentação dos dados

Apresentamos a seguir, de forma simplificada, as tabelas de freqüência da distribuição da população por faixa etária (tabela 1), freqüência dos comparecimentos (tabela 2), freqüência dos motivos da desistência (tabela 3) e tabela de cruzamento da variável faixa etária *x* áreas de atendimento (tabela 4).

Na descrição de cada tabela selecionamos os dados que nos pareceram significativos para discussão posterior.

Tabela 1

Freqüência da distribuição da população que procurou clínicas-escola de psicologia em São Paulo, em 1977, por faixa etária

Categorias	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Não há informações	193	6,9
1 a 5 anos	158	5,6
6 a 10 anos	913	32,3
11 a 15 anos	494	17,5
16 a 20 anos	438	15,5
21 a 35 anos	427	15,1
36 a 50 anos	149	5,3
Mais de 50 anos	54	1,9
Total	2.826	100

Na tabela 1 podemos verificar que a maior distribuição, por faixa etária, situa-se entre os 6 e 10 anos e é de 32,3%. Se acrescermos a essa percentagem os 17,5% de freqüência correspondentes à faixa etária de 11 a 15 anos verificaremos que 49,8% da população que procura as clínicas situa-se entre 6 e 15 anos. Entre os adultos verificamos 30,6% de procura entre os 16 e 35 anos; 15,5% entre 16 e 20 anos e 15,1% entre 21 e 35 anos.

Tabela 2

Freqüência da distribuição da população que procurou clínicas-escola de psicologia em São Paulo, em 1977, por situação de comparecimento

Categorias	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Em espera	144	5,1
Não compareceu	879	31,1
Em atendimento	61	2,2
Atendimento suspenso	650	23,0
Aguarda novo atendimento	48	1,7
Encaminhado	336	11,9
Atendido em novo local	59	2,1
Inf. sobre atendimento, falhas	73	2,6
Alta	131	4,6
Não há informações	155	5,5
Não se enquadra	290	10,2
Total	2.826	100,0

Verificamos na tabela 2 que 31,1% não compareceram quando chamados para atendimento apesar de terem se inscrito para o mesmo, 23,0% iniciaram o atendimento e o suspenderam no meio e 11,9% foram encaminhados para atendimento psicológico em outra instituição depois de terem iniciado esse atendimento. Verificamos ainda que não se tem nenhuma informação sobre o ocorrido com 5,5% dos clientes e sobre o ocorrido, após o início do atendimento, com 2,6% dos clientes. Apesar do levantamento só ter verificado casos inscritos há mais de 24 meses, vemos nessa tabela que 5,1% dos clientes não haviam ainda sido chamados, continuando em lista de espera, 4,6% foram atendidos e receberam alta, 2,2% ainda estavam em atendimento, 2,1% saíram das clínicas para continuar o atendimento, com o mesmo profissional, em outro local e 1,7% terminaram uma modalidade de atendimento e aguardavam outra.

Verificamos dessa forma que 54,1% dos clientes deixaram as clínicas por vontade própria (31,1% não compareceram para atendimento e 23,0% suspenderam o mesmo) e 14% deixaram as clínicas por sugestão das mesmas sem que seu atendimento estivesse completo (11,9% foram encaminhados e 2,1% passaram a ser atendidos em novo local). Somando-se a estes dados as percentagens referentes aos casos sobre os quais não se tem nenhuma informação a respeito do fato de terem ou não iniciado o atendimento (5,5%) ou do que se passou após o início dos mesmos (2,6%) e os casos que, após dois anos de inscrição, ainda não haviam sido chamados (5,1%), verificamos que 81,3% dos casos não chegaram a receber um atendimento efetivo. Dos restantes, repetimos, 4,6% tiveram alta, 3,9% continuavam vinculados às clínicas, em atendimento (2,2%) ou aguardando nova modalidade de atendimento (1,7%) e 10,3% não se enquadraram nas categorias propostas.

Tabela 3

Distribuição, por motivos de desistência, da população que procurou as clínicas-escola de psicologia em São Paulo, em 1977

Categorias	Freqüência absoluta	Freqüência relativa (%)
Mudança da residência	86	3,0
Distância/horário	33	1,2
Problemas temporários	35	1,2
Atendido em outra instituição	59	2,1
Sem motivação e/ou necessidade	110	3,9
Faltas	1.285	45,5
Não há informação	138	4,9
Não se enquadra	1.080	38,2
Total	2.826	100,0

Tabela 4

Distribuição, por faixas etárias e por áreas de atendimento, da população que procurou as clínicas-escola de psicologia em São Paulo, em 1977[1]

Faixa etária / Áreas de encaminhamento	Não há informações	Pesquisa/ diagnóstico	Psicoterapias	Orientação/ aconselhamento	Reeducação/ excepcional	Não se enquadra	Total
Não há informações	3 1,6%	4 2,1%	10 5,2%	151 78,6%	15 7,8%	9 4,7%	192
1 a 5 anos	2 1,3%	96 60,8%	40 25,3%	2 1,3%	5 3,2%	12 7,6%	158
6 a 10 anos	16 1,7%	531 58,2%	176 19,3%	6 0,7%	77 8,4%	106 11,6%	912
11 a 15 anos	14 2,8%	230 46,6%	109 22,1%	41 8,3%	45 9,1%	55 11,1%	494
16 a 20 anos	14 3,2%	71 16,2%	92 21,0%	219 50,0%	6 1,4%	36 8,2%	438
21 a 35 anos	8 1,9%	45 2,5%	142 33,3%	199 46,6%	1 0,2%	32 7,5%	427
36 a 50 anos	3 2,0%	15 10,1%	43 28,9%	76 51,0%	0 0,0%	12 8,1%	149
Mais de 50 anos	0 0,0%	4 7,4%	10 18,5%	38 70,4%	0 0,0%	2 3,7%	54
Não se enquadra	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2
Total	60 2,1%	996 35,2%	623 22,0%	733 25,9%	149 5,3%	264 9,3%	2.826 100,0%

[1] Percentagens calculadas sobre o total da linha.

Verificamos na tabela 3 que 45,5% dos casos suspenderam o atendimento sem que se conhecessem os motivos pelo qual o fizeram. Apenas 11,4% dos casos suspenderam o atendimento citando o motivo pelo qual o faziam.

Na tabela 4 podemos notar que a distribuição dos atendimentos nas faixas de 1 a 5 anos, 6 a 10 anos e 11 a 15 anos concentra-se na área de pesquisa/diagnóstico: 60,8% entre 1 e 5 anos, 58,2% entre 6 e 10 anos, 46,6% entre 11 e 15 anos. A partir dos 16 anos essa concentração desloca-se para as áreas de orientação/aconselhamento: 50,0% entre 16 e 20 anos, 46,6% entre 21 e 35 anos, 51,0% entre 36 e 50 anos, 70,4% acima de 50 anos.

4. Discussão

Utilizamos, para discussão, além da leitura dos dados obtidos, nessa experiência de trabalho junto a duas dessas instituições, informações obtidas junto à bibliografia referente ao assunto.

Podemos perceber o comportamento das clínicas bastante contraditório: o serviço é estabelecido para os clientes, porém grande parte da clientela não é chamada ou é encaminhada para fora; a maior parte da clientela desiste durante o atendimento, sem explicar seus motivos, e, em pouquíssimos casos, as clínicas podem dizer ter realizado um trabalho completo.

Essa situação pode ficar mais clara se considerarmos os conflitos que as clínicas psicológicas enfrentam a nível técnico, da identidade profissional, do campo de competência do psicólogo, do conhecimento psicológico e da função à qual servem na sociedade.

4.1 Problemas técnicos

A nível técnico, os conflitos são facilmente compreensíveis: as técnicas psicológicas não se desenvolveram em nosso país, não se desenvolveram junto à população de nível sócio-econômico baixo, foram importadas e implantadas sem consideração de condições ambientais, culturais e pessoais. O tempo usualmente necessário para completar um atendimento psicológico é longo e pouco apropriado às condições da clientela e do trabalho das clínicas verificadas. Embora os profissionais procurem utilizar rigorosamente as técnicas conhecidas não conseguem fazê-lo, o que, de certa forma, provoca alívio já que, caso conseguissem, conduziriam as clínicas à situação de atender apenas um pequeno número de clientes e por muito tempo. Essa situação exigiria uma extrema negação da realidade social que se faz evidente e pressiona as instituições através das solicitações constantes de clientes.

Os encaminhamentos para diferentes áreas de atendimento que variam, como vimos na tabela 4, basicamente, em função da idade, nos fazem pensar que os clientes são distribuídos de acordo com as técnicas e não estas de acordo com os clientes.

Algumas técnicas de desenvolvimento mais recente, que, como mostra Jubelini (1981), permitem um atendimento mais adequado às condições das clínicas e da população, são de implantação difícil já que exigem mobilização dos profissionais que não foram preparados, em sua formação, para aplicá-los.

Os profissionais que trabalham nas clínicas-escola, usualmente, não podem sobreviver apenas do que recebem dessas instituições, e trabalham, freqüentemente, em consultório particular aperfeiçoando técnicas diferentes das que são necessárias à instituição. Além disso, contratados, em geral, apenas para atividades didáticas, têm pouco contato com a população que vem à clínica.

Como lidar com esse conflito? Aceitar o cliente para, em seguida, verificar a impossibilidade de atendê-lo e encaminhá-lo para fora; aceitar o cliente, defrontar-se com suas condições práticas de vida, verificar a incompatibilidade entre o que necessita e o que se tem a oferecer e estabelecer um vínculo tão frágil que permita ao mesmo desaparecer ou ao profissional esquecer o caso; não chamar aquele cliente cujas condições, já de início, se mostram pouco viáveis para os atendimentos a serem oferecidos, deixando-o indefinidamente numa lista de espera; realizar uma modalidade de atendimento e enviar o cliente a outro local, a outro profissional, eximindo-se da responsabilidade pela continuação do caso; esses parecem ser os comportamentos adotados.

A questão dos encaminhamentos para fora merece maior reflexão. Casos são encaminhados de outras instituições para as clínicas psicológicas que, por sua vez, os reencaminham. É fácil verificar um grande fluxo de clientes que, na realidade, não chegam a ter suas necessidades atendidas em nenhum dos locais para os quais são indicados.

A inexistência do serviço necessitado pelo cliente, excessiva lista de espera e inexistência de vagas, impossibilidade de fornecer atendimentos de urgência são os principais motivos que levam a esses reencaminhamentos. O fato é que os clientes são encaminhados para outras instituições porque não podem ser atendidos naquela que procuraram, mas sem nenhuma garantia de que a situação que encontrarão em outro local será diferente.

O sucesso das indicações não é verificado por quem as faz. Será o encaminhamento realizado na crença de que será efetivo? Parecenos que o encaminhamento é a saída que o profissional encontra diante da impossibilidade de responder satisfatoriamente ao pedido de atendimento: indicar outro local parece funcionar como forma de apaziguamento deixando o profissional com a sensação de ter feito algo pelo cliente.

A dificuldade de conseguir atendimento, a falta de locais de serviço psicológico para a população de baixa renda ficam, assim, camufladas, não são assumidas pelo profissional, nem expostas aos clientes. A responsabilidade pelo atendimento é passada adiante.

Esses comportamentos tornam-se mais compreensíveis se lembrarmos que às dificuldades técnicas e de ordem prática somam-se dificuldades no campo teórico.

4.2 Dificuldades teóricas

A questão das altas é um exemplo claro das dificuldades teóricas e pode ser verificada neste estudo. Sabemos que não há consenso quanto à definição de alta e dos critérios que a determinam. Essa falta de consenso encontra-se vinculada a outras questões mais amplas que se colocam ao psicólogo. O problema está ligado à dificuldade de se compreender o normal e anormal, de se conceituar doença e cura, determinar condições de evolução de psicoterapia. De forma ainda mais ampla, a questão está relacionada com a definição do campo de competência do psicólogo e determinação de seus objetivos.

Abandonando, como propõem Marcondes e Andreucci (1972), os conceitos de doença e cura, adotando critérios de alta mais ou menos subjetivos, modificando a postura profissional e colocando a questão em termos de término de contrato ou término de psicoterapia, o psicólogo defronta-se, como mostra Yahn (1972), com o mesmo problema: encontrar um esquema conceitual operativo e referencial que lhe permita uma avaliação do trabalho com o cliente.

Esse problema é acentuado pela consciência do psicólogo de que apenas a experiência clínica é insuficiente para propor práticas mais definidas. Torna-se difícil, assim, para o psicólogo assumir o término do atendimento. É mais fácil propor uma nova modalidade, continuar o atendimento do cliente ou encaminhá-lo a outro profissional do que assumir a responsabilidade de considerar o caso terminado.

Podemos relacionar o que se passa com a atuação dos profissionais, nas clínicas psicológicas, com dificuldades ligadas à definição de sua identidade profissional.

4.3 A identidade profissional e o campo de competência do psicólogo

A falta de identidade profissional reflete-se na má delimitação do campo e objetivo de trabalho, na falta de avaliação do mesmo, na falta de segurança frente às atuações.

Como nos mostra Pessotti (1975), a psicologia desenvolveu-se no país, muito recentemente. A atuação do psicólogo e seu reconhecimento profissional existem há pouco tempo e é natural, portanto, que sua identidade não esteja ainda bem estabelecida.

O profissional encontra-se colocado entre a necessidade de ter que atuar com instrumentos que percebe como pouco adequados, de ter que ensinar teorias e técnicas que não estão suficientemente desenvolvidas e de ter que assegurar, com esses instrumentos, seu lugar na sociedade.

Ocampo e Arzeno (1976) nos dizem que o caminho percorrido pelos psicólogos foi até o momento o de adotar identidades de outros profissionais: o próprio termo "clínica" traz uma conotação imediata com a profissão médica. A tendência a repetir modelos já bem conhecidos e desenvolvidos e transmiti-los aos estagiários, evitando ques-

tionar sua adequação, garante uma segurança profissional que, na realidade, é precária.

Fica, assim, de lado o papel que no momento caberia ao psicólogo e que é o de estabelecer um processo constante de aprendizagem, questionamento e procura de uma forma de atuação adequada às condições pessoais, culturais e sociais.

Encontramos, aqui, outro problema, o do campo de competência, problema esse bastante discutido por Guilhon (s.d.).

Parece-nos que é difícil, para o psicólogo, decidir o que é e o que não é de sua competência dentro da própria clínica psicológica, aceitando indiscriminadamente os clientes que lhes são encaminhados. Na medida em que esses clientes inscrevem-se, passam a ser examinados apenas do ponto de vista individual. A instituição, aceitando o cliente e considerando seu caso do ponto de vista pessoal, aceita que o mesmo deveria ter-lhe sido encaminhado. Concorda, assim, que o cliente deve ser atendido por um psicólogo, que cuidar das dificuldades do mesmo é atributo desta profissão, que tem, portanto, recursos para lidar com o caso.

A instituição assume, desse modo, a responsabilidade por esses casos e arca com as conseqüências pela não-resolução dos mesmos. Atribui-se, então, a falhas profissionais, a ineficácia do atendimento. Cabe perguntar se a falha profissional situa-se a nível técnico ou encontra-se na não-delimitação clara do campo de competência.

Essa não-delimitação, nos últimos tempos, tem se acentuado com a extensão da atuação do psicólogo a problemas até agora considerados "normais", mas existe desde o início do desenvolvimento da psicologia no Brasil, quando o termo "clínica", como mostra Mello (1975), indicava basicamente a atividade autônoma, não havendo grande discriminação quanto ao tipo de atividade que era realizado sob esse nome. Embora as clínicas-escola não se caracterizem como locais de trabalho autônomo, mantêm a mesma indefinição. Essa indefinição do campo de competência permite que a instituição seja utilizada inadequadamente.

5. Conclusão

Problemas de ordem técnica, teórica, de indefinição de identidade e campo de competência do psicólogo refletem-se em sua atuação junto à clientela das clínicas-escola de psicologia tornando a eficácia do atendimento questionável quando se consideram os resultados do mesmo frente à demanda.

A pouca eficácia do trabalho é, de modo geral, negada, através de reduções dos problemas dos clientes e da instituição a níveis individuais. Dessa forma, as clínicas tornam-se locais facilmente utilizados para derivação de problemas amplos que a sociedade não reconhece como seus, individualizando-os.

Nas clínicas-escola de psicologia o problema acentua-se já que, considerando-se a função didática das mesmas, os modelos oferecidos tendem a perpetuar-se.

Urge, diante dessa situação, redefinir as funções que a profissão deve preencher assim como desenvolver novas técnicas de trabalho. Essa redefinição deve considerar as condições sociais nas quais a profissão se desenvolve e basear-se numa postura de autocrítica da situação atual.

Summary

In 1979 and 1980 a survey was made about psychologic services offered to a population that looked for School Clinics of Psychology in São Paulo, 1977. 2.826 cases were studied in terms of the following variables: age, services offered, continuity of treatment, and causes of discontinuity.

This article presents the data and discusses it considering the author's experience of work and readings on the subject. It concludes that treatment success is influenced by difficulties derived from psychologic theories and techniques, professional identity and professional competence. It's necessary to redefine psychologic functions considering social conditions were work is developed.

Referências bibliográficas

Bent, D. H. et alii. *Statistical package for the social sciences. User's guide.* Palo Alto, Stanford Press, 1976.

Blay, E. A. Trabalho industrial x trabalho doméstico. A ideologia no trabalho feminino. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, Fundação Carlos Chagas, v. 15, dez. 1975.

Cardoso, I. A. *Mulher & trabalho.* São Paulo, Cortes, 1980.

Copit, M. S. Algumas questões para a reflexão do psicólogo escolar relativas à psicologia do desenvolvimento. *Psicologia,* São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da USP, *2*(3), 1977.

Goldberg, M. A. Concepções sobre o papel da mulher no trabalho, na política e na família. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, Fundação Carlos Chagas, v. 15, dez. 1975.

Graciano, M. Contribuições de psicologia contemporânea para a compreensão do papel da mulher. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, Fundação Carlos Chagas, v. 15, dez. 1975.

Guilhon, J. A. A. Aventuras no planeta Psi. *Argumento,* São Paulo, Paz e Terra, *1*(11).

Jubelini, S. R. O psicodiagnóstico grupal. *Gradiva,* Rio de Janeiro, Sociedade de Psicoterapia Psicanalítica de Grupo, v. 9, fev. 1981.

Lopez, M. A. *Estudo exploratório sobre população de uma clínica-escola de psicologia e sobre índices de atendimento dessa população.* Trabalho apresentado à Dra. Rose Maria Stefanini Macedo no curso Seminários de Pesquisa, 1978, n/p.

———. *Avaliação de serviços de psicologia clínica.* Dissertação de mestrado em psicologia clínica, apresentada na PUC/SP, sob orientação da Profa. Dra. Rose Maria Stefanini Macedo, em julho de 1981.

Marcondes, D. & Andreucci, J. T. C. et alii. Reflexões sobre critérios de cura. *Revista Brasileira de Psicanálise,* ABP, *1*(6), 1972.

Mello, G. N. Os estereótipos sexuais na escola. *Cadernos de Pesquisa,* São Paulo, Fundação Carlos Chagas, v. 15, dez. 1975.

Mello, S. L. *Psicologia e profissão em São Paulo.* São Paulo, Ática, 1975.

Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M. E. G. et alii. *El proceso psicodiagnóstico y las técnicas projectivas.* Buenos Aires, Nueva Visión, 1976.

Patto, M. H. S. Da Psicologia do "desprivilegiado" à psicologia do oprimido. In: Patto, M. H. S. *Introdução à psicologia escolar.* São Paulo, T. A. Queiroz, 1981.

Pessotti, J. Dados para uma história da psicologia no Brasil. *Psicologia,* São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, *1*(1), maio 1975.

Wolberg, L. R. *The technique of psychotherapy.* New York, Guina & Strallon, 1954.

Yahn, M. Critérios de cura. *Revista Brasileira de Psicanálise,* ABP, *1*(6), nov. 1972.