

## CARACTERIZAÇÃO DAS QUEIXAS DE MAU DESEMPENHO ESCOLAR

Rosa Vieira de Souza Silva e Rita Aparecida Romaro

As queixas escolares comumente motivam a busca do atendimento psicológico. Objetivou-se caracterizar a clientela infantil entre 06 e 12 anos, atendida em uma clínica-escola da capital de São Paulo, nos anos de 2001 a 2005, com queixa de mau desempenho escolar. Empregou-se a metodologia retrospectiva documental de consulta às fichas de triagem. As variáveis consideradas foram: sexo, idade, escolaridade, queixas, tipo de encaminhamento e adesão. Das 38 crianças atendidas, 89,5% eram do sexo masculino, nas faixas etárias entre 8 e 9 anos e 10 e 12 anos (34,1%), sendo as queixas mais frequentes: mau desempenho escolar (57,9%), falta de concentração (50%), comportamento agressivo (44,7%), mau comportamento escolar (39%). A principal fonte de encaminhamento foi a escola (52,6%). Das 19 crianças que iniciaram a Psicoterapia Breve, 8 a concluíram. Esse trabalho refletiu a importância das queixas escolares no contexto multidisciplinar, para a prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: pacientes; clínica-escola; crianças em idade escolar; rendimento escolar.

The complaint of bad school performance general motivates the search for psychological attendance. The research had the aim to characterize the infantile clientele between 06 and 12 years old, who have been attended in a school-clinic of São Paulo, between 2001 to 2005, with complaint of bad school performance. A retrospective descriptive documental methodology by consulting the clinical files has been carried out. Variables considered: gender, age, educational level, complaints and adhesion to the treatment. Among the 38 children examined in the period, 89,5% were male, with an age group ranging from 8-9 years old to 10-12 years old (34,1%). The most frequent complaints were: bad school performance (57,9%), lack of concentration (50%) aggressive behavior (44,7%), bad behavior school (39%). The main guiding was the school (52.6%). From 19 children who had initiated the Brief Psychotherapy, 8 had concluded it. This characterization makes possible to understand the implications of bad school performance in a multidisciplinary context, for the prevention and promotion of the health.

Key- Words: patients; school-clinics; school age children; academic

A caracterização da clientela que busca as clínicas-escola e os serviços de saúde mental possibilita, por meio do conhecimento de suas especificidades, ampliar a compreensão de sua problemática, de suas demandas e o grau de adesão ao serviço proposto. Tais elementos permitem a análise do serviço prestado, de seu nível de eficácia e a proposição de alterações ou de novos serviços que atendam melhor a alguma demanda mais específica. Possibilitam também a sistematização e a comunicação das experiências profissionais, visando a troca e a formação contínuas. A busca por atendimento psicológico para as crianças, em geral é realizada pelos pais ou responsáveis, por indicação da escola ou de algum médico, sendo a criança apenas comunicada dessa busca, que em boa parte dos casos ocorre devido ao mau desempenho escolar ou dificuldades escolares (por vezes utilizados como sinônimos pelos pais). Mas essa queixa é complexa, envolvendo muitas facetas e definições, como discutidas a seguir.

O mau desempenho escolar tem sido foco de preocupação para pais, educadores, psicopedagogos, psicólogos e outros profissionais de saúde mental e educação. A compreensão dos fatores que contribuem para o desempenho escolar abrange as “características da escola (físicas, pedagógicas, qualificação do professor), da família (nível de escolaridade dos pais, presença dos pais e interação dos pais com escola e deveres) e do próprio indivíduo” (Araújo, 2002, p.105). Vale ressaltar que quando os pais buscam atendimento para seus filhos eles falam de dificuldades, apresentam queixas, que em geral não correspondem a quadros nosológicos, mas que agrupadas talvez possam ser indicativas de um determinado quadro clínico. Por exemplo, eles trazem dificuldades relativas à aprendizagem, conduta escolar inapropriada, dificuldades escolares, que podem ser agrupadas como mau desempenho escolar, mas que não necessariamente impliquem no quadro diagnóstico de Dificuldade de Aprendizagem.

Mesmo entre os profissionais da área, apesar dos esforços realizados não há uma definição aceita universalmente do que seria considerada “dificuldade de aprendizagem”, pois coexiste um grupo heterogêneo de sintomas e por isso é difícil a demarcação de fronteiras (Sisto & Burochovitch, 2001). Fonseca (1995) refere-se à definição do National Joint Committee of Learning Disabilities (NJCLD) como a que reúne maior consenso.

Dificuldades de Aprendizagem (DA) é um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição, utilização da compreensão auditiva da fala, da leitura, da escrita e do raciocínio matemático. Tais regulações do comportamento, na percepção social e na interação social podem existir com as DA. Apesar das DA ocorrerem com outras deficiências (por exemplo, deficiência sensorial, deficiência mental, distúrbios sócio-

emocionais) ou com insuficiências intrínsecas (por exemplo, diferenças culturais, insuficientes ou inapropriada instrução, etc.) elas não são o resultado dessas condições. (p. 71)

As DA de acordo com os critérios diagnósticos internacionalmente utilizados são denominadas de Transtornos de Aprendizagem, com a sistematização dos critérios e quadros associados descritos na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (OMS, 1993) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (APA, 2000). De acordo com o DSM-IV (APA, 2000, p. 46):

Os Transtornos de Aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita, estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência.

Algumas características como a desmoralização, a baixa auto-estima, os déficits nas habilidades sociais, a evasão escolar de crianças e adolescentes. Pode ocorrer co-morbidade com o transtorno de conduta, o transtorno desafiador opositivo, o transtorno de déficit de atenção / hiperatividade, o transtorno depressivo maior e o transtorno distímico. Algumas evidências apontam que atrasos no desenvolvimento da linguagem, da leitura e o transtorno do desenvolvimento da coordenação, também estão associados ao transtorno de aprendizagem, de acordo com o DSM-IV (APA, 2000).

De acordo com o CID-10 (OMS, 1993), nos transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares, os padrões normais de aquisição de habilidades estão perturbados, desde os estágios iniciais do desenvolvimento. A dificuldade de aprendizagem não é somente consequência de uma falta de oportunidade de aprender ou de qualquer forma de traumatismo ou doença cerebral adquirida. A origem dos transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares não é conhecida, mas acredita-se na hipótese da primazia de fatores biológicos que interagem com fatores não biológicos para produzir as manifestações. Entre os fatores não biológicos estão a qualidade de ensino e a oportunidade de aprender. A maior parte dos transtornos do desenvolvimento ocorre no sexo masculino.

Para Graminha e Martins (1994), a grande procura de atendimento psicológico para crianças impõe a necessidade de se conhecer essa demanda e identificar os problemas que estão sendo objeto de preocupação dessas famílias que recorrem a esse serviço.

Em vários serviços de saúde mental, incluindo-se os serviços-escola, tem predominado a procura por atendimento psicológico para crianças em idade escolar, em sua maioria encaminhada por instituições de ensino, com queixa de mau desempenho escolar ou dificuldades escolares.

A caracterização da clientela infantil que busca atendimento psicológico nos diversos serviços disponíveis, em geral é realizada posteriormente ao início do funcionamento dos mesmos, com base em dados de prontuários clínicos. Os critérios quanto às faixas etárias, ao agrupamento das queixas ou mesmo a categorização das mesmas, tende a variar de um serviço para outro.

Em geral os artigos científicos que se ocupam do tema não trazem as definições adotadas para as categorias de queixas utilizadas, o que dificulta a comparação dos dados, além das variáveis regionais, do ano de coleta de dados. O que se constitui em um obstáculo, no momento, intransponível, mas que não torna menos importante a literatura disponível. Barbosa (1992), no estudo de caracterização da clientela infantil de três clínicas-escola de Fortaleza, entre os anos de 1988 a 1990, apontou que dos 4.446 inscritos, com idade entre 01 e acima de 50 anos, a cada quatro clientes atendidos um estava na faixa etária entre 06 e 10 anos (25,3%).

Barbosa utilizou o catálogo de queixas desenvolvido por Silveiras em 1991, construído a partir das queixas dos clientes, dividido em 9 grandes grupos (1. distúrbios do desenvolvimento de habilidades escolares; 2. distúrbios de comportamentos explícitos; 3. distúrbios de comportamentos não explícitos; 4. distúrbios de alimentação e sono; 5. distúrbios de identidade; 6. distúrbios de tique; 7. distúrbios de expulsão; 8. distúrbios orgânicos e 9. outras queixas).

No estudo de Barbosa, analisando-se a clientela de 6 a 12 anos, observou-se a predominância de crianças do sexo masculino. As cinco queixas mais presentes foram: mau desempenho escolar (19,8%); comportamento agressivo ou de brigas (10,6%); comportamento agitado, sem parada (6,5%); comportamento dispersivo ou falta de concentração (5,7%) e dificuldade da fala (5,1%).

Graminha e Martins (1994), por meio da análise de conteúdo das entrevistas iniciais gravadas com os pais, procederam à identificação e categorização das dificuldades, em um total de 30 categorias. No estudo de caracterização da problemática que motivou os pais de 130 crianças com idade até 12 anos, a procurar atendimento psicológico para os filhos, apontaram que na faixa etária dos 07 aos 12 anos a principal queixa foi a de problemas de aprendizagem. As cinco queixas mais frequentes foram: problemas de aprendizagem (40%), agressividade / provocação (27%), irritabilidade / nervosismo (18%), rebeldia / desobediência / dominância (12%) e retraimento (11%). As queixas mais frequentes associadas à aprendizagem foram a: agressividade / provocação (40%), irritabilidade / nervosismo (29%), retraimento social (17%) e medo (17%).

Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos e Silveiras (2000) ao estudarem a clientela infantil atendida no serviço de Psicologia de um hospital-escola do interior de São Paulo, no que tange à avaliação do distúrbio de aprendizagem constataram que 56% desta população foi encaminhada por profissionais da saúde e 28% pela escola. A pesquisa apontou que a faixa etária que mais procurou atendimento foi entre 07 e 12 anos (60% sexo masculino). Quanto às queixas mais presentes, verificou-se o distúrbio do desenvolvimento das habilidades escolares (88%), seguida por distúrbios de comportamento explícito (76%),

distúrbios de comportamento não explícitos e distúrbios orgânicos (12%), distúrbios da alimentação e do sono (4%) e distúrbios de expulsão (4%). Cabe notar que nesse estudo as dificuldades foram agrupadas em categorias diagnósticas, não mutuamente excludentes.

Silva (2002), em seu trabalho de caracterização infantil da clientela de um serviço-escola da cidade de São Paulo, atendida entre 1995 e 2001, trabalhou com os prontuários clínicos de 219 pacientes atendidos no período, com idade de 5 a 12 anos. Os resultados apontaram para o predomínio do sexo masculino (66%), com maior procura para faixa etária entre 10 e 12 anos (33%), sendo que nos meninos a procura maior foi na faixa de 08 e 09 anos (21%). A principal fonte de encaminhamento foi a escola (37%). As cinco queixas mais frequentes foram: mau desempenho escolar (51%), comportamento agressivo ou de briga (37%), reação à perda ou separação (27%), comportamento agitado ou sem parada (18%), dificuldade do sono/agitação durante o sono/ insônia/pesadelo (17%). Os dados foram coletados por meio da consulta aos prontuários clínicos e às fichas de triagem, que foram classificadas e caracterizadas quanto à idade, sexo, origem do encaminhamento e tipos de queixas. Para a avaliação das queixas, foi feita uma adaptação do catálogo das queixas de Silveiras (1991), por Romaro (2000), que foi utilizado na pesquisa, composta por 17 categorias, como descritas no método.

Santos e Alonso (2004), ao realizarem um estudo sobre a caracterização da demanda infantil de um serviço de psicologia, ressaltaram que dos 220 registros analisados de crianças na faixa etária entre 2 e 12 anos de idade, 70,4% eram do sexo masculino, 44,5% com idade entre 7 e 9 anos. A fonte de encaminhamento para o serviço de psicologia foi a família em 33,6%, a escola em 32,7% dos casos.

Os estudos de Graminha e Martins (1994) e Silva (2002) apontaram que na categoria de dificuldades escolares, a predominância das queixas de mau desempenho escolar ocorreu no sexo masculino, na idade entre 08 e 09 anos, distribuída nas subcategorias: comportamento dispersivo ou falta de atenção; mau desempenho escolar; mau comportamento escolar; precocidade; resistência para ir à escola.

Vários estudos apontaram que a população em idade escolar que procurou atendimento psicológico em serviços-escola, foi encaminhada por instituições escolares (Carvalho & Térzis, 1989; Barbosa, 1992; Graminha & Martins, 1994; Silva, 2002). Entre as queixas mais frequentes na população infantil relacionadas às dificuldades escolares foram apontadas: comportamentos agressivos ou de briga, dificuldades no relacionamento com familiares, irritabilidade, agitação (Barbosa, 1992; Graminha & Martins, 1994; Silva, 2002; Santos & Alonso, 2004).

Calderaro e Carvalho (2003) salientaram que os sintomas de depressão na infância diferem dos apresentados pela população adulta, manifestando-se de forma mascarada, sendo os mais frequentes o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, a baixa auto-estima, a tristeza, o medo, o distúrbio do sono e o baixo rendimento escolar.

Objetivou-se nesse trabalho apresentar a caracterização da população infantil de 6 a 12 anos que procurou atendimento psicológico em um serviço-escola de psicologia da capital de São Paulo, no período de 2001 a 2005, com queixa de mau desempenho escolar ou dificuldades escolares (dependendo da nomenclatura utilizada pelos pais ou responsáveis), realizando-se um levantamento das queixas associadas. Também se objetivou verificar a adesão à psicoterapia breve.

#### **Metodologia**

A pesquisa foi realizada seguindo uma metodologia retrospectiva documental por meio de consulta às fichas de triagem constantes nos prontuários, caracterizando-se como uma pesquisa descritiva.

#### **Participantes**

Das 81 triagens realizadas com crianças no período de 2001 a 2005, selecionou-se 38 prontuários de crianças, de 6 a 12 anos que apresentavam queixa de mau desempenho escolar ou dificuldades escolares.

No momento da triagem era apresentado aos pais ou responsáveis legais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como parte da rotina da clínica. A concordância ou não ao mesmo deveria ser assinada em duas vias, esclarecendo-se que sua decisão não interferiria no atendimento na instituição. Independentemente desse procedimento, o presente projeto de pesquisa, apesar de documental foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

#### **Procedimento**

A pesquisa foi realizada em uma clínica-escola de psicologia de uma universidade da cidade de São Paulo, no qual os clientes inicialmente passavam pelo serviço de triagem, sendo aberto um prontuário contendo os dados pessoais, a ficha de triagem e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que era arquivado constando a concordância ou não do paciente ou seu responsável legal para a utilização dos dados em procedimentos de pesquisa. Posteriormente os pacientes indicados para psicoterapia eram chamados para iniciarem o atendimento.

As queixas apresentadas na triagem, na forma como os pais as expressavam, foram posteriormente numeradas e posteriormente reagrupadas, em categorias não mutuamente excludentes, por dois juizes independentes de acordo com a adaptação do catálogo das queixas proposto por Silveiras (1991), proposta por Romaro em 2000, composto por 17 categorias, englobando 89 queixas: C1 - Dificuldades Escolares (comportamento dispersivo ou falta de concentração, mau desempenho, mau comportamento, precocidade, resistência para ir à escola); C2 - Imaturidade e Atraso do Desenvolvimento (dificuldades motoras, de aprendizagem de hábitos rotineiros, de discriminações básicas, lentidão); C3 - Comportamento Agressivo (agressividade/brigas, comportamento descuidado/destrutivo, de rebeldia, revolta, de reclamar de tudo, gosto por coisas violentas); C4 - Ansiedade/Insegurança (comportamento de busca de atenção, medo/ansiedade, roer unhas, fala excessiva,

insegurança, medo de doença); C5 - Problemas de Conduta (fuga de casa e/ou escola, comportamento de manipulação, comportamento de mentir, vadiagem, roubo, adição à drogas); C6 - Queixas Somatoformes (desmaios, cefaléia, bronquite, dores de estômago, vômitos, rinite, dores em geral); C7 - Problemas Metabólicos e Neurológicos (mongolismo, convulsões, epilepsia/ausências/disritmias, diabetes); C8 - Dificuldades em Lidar com Perdas/Reações Traumáticas (ligação excessiva com a família, sentimento de rejeição, reação à perda ou separação, abuso sexual); C9 - Dificuldade nos Relacionamentos Interpessoais (desobediência/teimosia, egoísmo, alto nível de exigência, falsidade, fechado/tímido/quieto, problemas de interação com colegas, passividade, vergonha, comportamento solitário, sensível/mimado); C10 - Perfeccionismo/ Mania de Limpeza/Comportamento Ritualístico; C11 - Dificuldade no Controle dos Impulsos (comportamento agitado e sem parada, birra, choro excessivo, comportamento dispersivo ou falta de concentração, irritabilidade, oscilação de humor, nervosismo); C12 - Dificuldade nas Relações Familiares (ciúmes, medo do pai, dificuldades na relação com pais/familiares, dificuldades com pais separados); C13 - Comportamento Confuso/Bizarro/Regressivo (falar sozinho, nunca falar, comportamento bizarro, riso sem motivo, comportamento de fantasiar/sonhar acordado, regressão da fala, chupar dedo/mamadeira); C14 - Distúrbio de Identidade Sexual (comportamento não compatível com o próprio gênero sexual, comportamento sexual com perturbação/brincadeiras); C15 - Depressão/Tristeza (sentimento de inferioridade, comportamento suicida, ameaça suicida, depressão); C16 - Distúrbio do Sono/Alimentação/Controle dos Esfíncteres (enurese, encoprese, dificuldade do sono/agitação/insônia/pesadelo, sonambulismo, problemas alimentares, constipação, obesidade) e C17 Outros.

Considerou-se adesão ao processo psicoterápico os atendimentos que chegaram ao término do processo estabelecido contratualmente com alta ou encaminhamento interno e/ou externo.

### Análise dos dados

Para os dados demográficos foi considerada a idade que o paciente tinha no momento da abertura do prontuário, bem como as queixas mencionadas pelos responsáveis ou pelo próprio paciente no momento da triagem. Os dados foram analisados quantitativamente por meio da frequência de ocorrência das variáveis: sexo, idade, escolaridade, queixas, encaminhamento para o serviço-escola, desfecho e adesão.

### Resultados e Discussão

A distribuição da população atendida quanto ao sexo e a idade é apresentada conjuntamente na Tabela 1.

**Tabela 1 Distribuição da população atendida no período de 2001 a 2005 quanto ao sexo e faixa etária**

Idade	M	%	F	%	F	%
6 a 7	8	21,1%	0	0	8	21,1%
8 a 9	13	34,2%	3	7,9%	16	42,1%
10 a 12	13	34,2%	1	2,6%	14	36,8%
Total	34	89,5%	4	10,5%	38	100%

Das 38 crianças na faixa etária entre 6 e 12 anos, que apresentavam uma ou mais queixas agrupadas na categoria dificuldades escolares (englobando comportamento dispersivo ou falta de concentração, mau desempenho escolar, mau comportamento escolar, precocidade e resistência para ir à escola), inscritas para triagem, 89,5%, eram do sexo masculino. Tal predomínio também foi apontado por Barbosa (1992), Bernardes-da-Rosa e cols. (2000), Campilongo (2002), Silva (2002) e Romaro e Capitão (2003), ao caracterizarem a população infantil, independentemente da queixa.

Observou-se que a predominância pela procura por atendimento psicológico, para os meninos, nas faixas etárias de 8 a 9 anos e 10 a 12 anos (num total de 76,4% se considerarmos apenas o total de meninos). Quanto às meninas, predominou a procura na faixa etária entre 8 e 9 anos (num total de 75% se considerarmos apenas o grupo de meninas), não havendo procura para atendimento na faixa etária entre 6 e 7 anos.) Resultados semelhantes quanto a idade da procura por atendimento psicológico para o sexo masculino foram apontados nos estudos de Bernardes-da-Rosa e cols. (2000).

A procura pelo atendimento psicológico no grupo como um todo predominou entre as que cursavam a 2ª série do ensino fundamental (31,6%), seguido dos alunos da 4ª série (21,1%), 1ª série (18,4%) e 3ª série (13,2%). A aprovação compulsória ocorria na totalidade das escolas. Provavelmente a procura maior na segunda série deva-se às dificuldades de alfabetização e às exigências próprias da idade independente da aprovação. De acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), as taxas de promoção escolar passaram de 64,5% em 1995 para 74,6% em 1999. A taxa de repetência em 1999 era de 21,6% e a de evasão escolar (4,8%). Na primeira série do ensino fundamental a repetência girava em torno de 39%, enquanto que na quinta série a mesma era de 23%. (Araújo, 2002)

Mesmo considerando as aprovações automáticas parece existir, por parte dos pais e familiares, uma expectativa de que a criança comece a ler e a escrever na segunda série e que o processo se solidifique ao atingir a quarta série, o que pode estar relacionada a maior busca por atendimento nessas etapas da aprendizagem.

A principal fonte de encaminhamento da clientela infantil para atendimento psicológico foi a escola (52,6%). A procura por iniciativa dos pais ou responsáveis e o encaminhamento de outras instituições perfizeram 7,9% cada, e o encaminhamento por psicólogos ou alunos de psicologia correspondeu a 5,3%.

Observou-se em relação ao sexo masculino, que o encaminhamento feito pela escola na faixa etária entre 6 a 7 anos ocorreu em 75% dos casos, e dos de 8 a 9 anos em 53,8% dos casos. Os atendimentos que apresentaram falta de informação sobre a fonte de encaminhamento somaram 7,7% na faixa etária entre 8 e 9 anos e 15,4% entre 10 e 12 anos. A procura por atendimento psicológico por iniciativa dos pais ou responsáveis teve início entre 6 e 7 anos (12,5%) e apresentou declínio na faixa etária entre 8 e 9 anos (7,7%). Os encaminhamentos feitos por outras instituições somaram 7,7% entre 8 e 9 anos e 15,4%, entre 10 e 12 anos. Psicólogos ou alunos de Psicologia encaminharam 7,7% da população na idade de 8 a 9 anos, mantendo o mesmo percentual na faixa de 10 a 12 anos.

Quanto ao sexo feminino, a procura por atendimento psicológico teve início na faixa etária entre 8 e 9 anos (75%). A fonte de encaminhamento ocorreu na mesma proporção para o encaminhamento de pais e responsáveis e para a escola (33,3%). Os trabalhos de Barbosa (1992), Graminha e Martins (1994), Campilongo (2002) e Silva (2002), também apontaram a escola como a principal fonte de encaminhamento para o atendimento psicológico.

Cabe notar que apenas uma criança foi encaminhada pelo serviço médico, sendo que de acordo com Araújo (2002), o pediatra seria o responsável pela detecção e encaminhamento dos casos de suspeita de desordens de cunho psicológico ou psiquiátrico que interfeririam no desempenho escolar.

As queixas foram classificadas de acordo com os relatos apresentados no momento da triagem, de forma não excludente, sendo em sua grande maioria queixas múltiplas. Os 38 pacientes atendidos no período entre 2001 e 2005, apresentaram um total de 134 queixas, que correspondiam em média a 3,5 queixas para cada criança. A multiplicidade das queixas também foi observada nos trabalhos de Graminha e Martins (1994), Bernardes-da-Rosa e cols. (2000), Campilongo (2002) e Silva (2002).

Ao comparar-se o grupo como um todo e também se especificando o sexo, a frequência das queixas apresentou-se maior para os meninos, ou seja, 3,5 queixas para cada menino e 3,2 queixas para cada menina, não sendo essa diferença significativa estatisticamente.

A figura 1 apresenta a distribuição das dez queixas mais frequentes quanto ao sexo, independentemente da categoria dificuldades escolares. O número que acompanha a queixa refere-se ao número correspondente à mesma no catálogo de queixas adaptado por Romaro (2000). A porcentagem foi calculada em função do número de crianças (N=38).

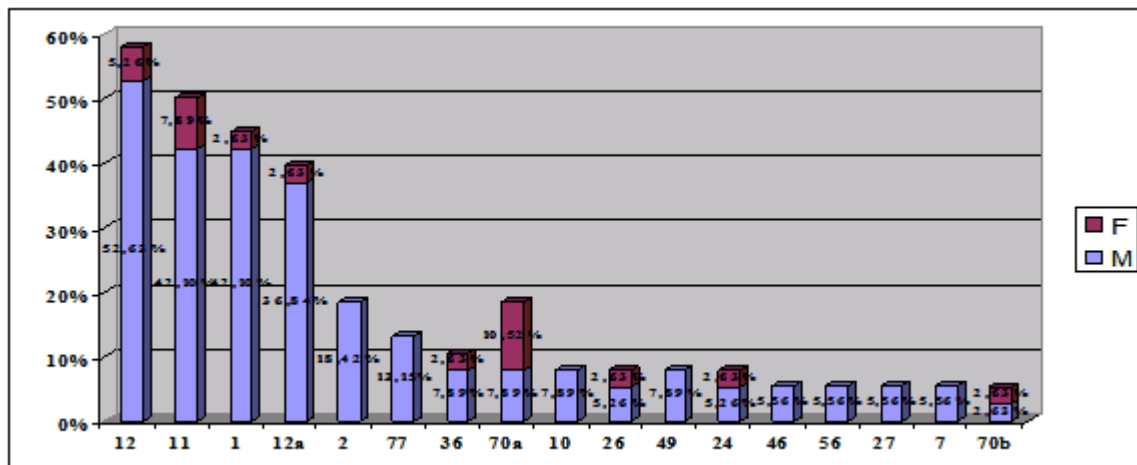


Figura 1. Distribuição das queixas mais frequentes em relação ao sexo.

Legenda: 12 - mau desempenho escolar, 11 - comportamento dispersivo ou falta de concentração, 1 - comportamento agressivo ou de brigas, 12a - Mau comportamento escolar, 2 - comportamento agitado e sem paradas, 77 - dificuldade na relação com pais / familiares, 36 - nervosismo, 70a - reação a perda ou separação, 10 - comportamento descuidado, destrutivo, 26 - Imaturidade atraso de desenvolvimento, 49 - dificuldade de sono, 24 - fechado/tímido/quieto, 46 - roubo, 56 - outras queixas orgânicas, 27- problema de interação com colegas, 7- comportamento agitado e sem parada, 70b - depressão

Observou-se que no grupo de meninos predominaram as queixas das categorias C2 dificuldades escolares - mau desempenho escolar (52,6%), comportamento dispersivo ou falta de concentração (42,1%), mau comportamento escolar (36,8%); C3 comportamento agressivo - comportamento agressivo ou de brigas (42,1%), comportamento descuidado, destrutivo (7,9%) e C16 distúrbios do sono/alimentar/controle dos esfíncteres - dificuldade de sono (7,9%). Para as meninas as queixas foram de reação à perda ou separação (10,5%), comportamento dispersivo ou falta de concentração (7,9%) e mau desempenho escolar (5,2%).

A menor incidência para os meninos apareceu na queixa de nervosismo (7,9%). As meninas não apresentaram nenhuma queixa com relação ao comportamento agitado e sem paradas e na dificuldade na relação com os pais / familiares.

Pode-se observar que o predomínio das queixas na população com dificuldades escolares referia-se mais à falta de concentração e dispersividade; mau desempenho escolar; agitação. A queixa de agressividade aparecia com índice elevado comparativamente (44,7%), sendo que a dificuldade nas relações familiares atingiu índice próximo ao da população geral. Nos estudos de Graminha e Martins (1994), Yoshida, Gatti e Xavier (1994), Barbosa (1992), Silveiras (1991), entre as queixas de maior incidência encontravam-se o mau desempenho escolar e o comportamento agressivo ou de briga. Os trabalhos de Barbosa (1992), Graminha e Martins (1994), Bernardes- da- Rosa e cols. (2000), Campilongo (2002), Silva (2002), Santos e Alonso (2004) apontaram enquanto queixas mais frequentes as dificuldades escolares, o comportamento agressivo e a dificuldade de controle dos impulsos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das queixas por categorias e percentual em relação ao número de queixas e clientes pesquisados.

**Tabela 2 - Distribuição da frequência das queixas em categorias e percentual em relação ao à população pesquisada**

Categoria	Descrição	Freq.	%
C 2	Dificuldades escolares	56	41,7%
C 3	Comportamento agressivo	21	15,6%
C 11	Dificuldade de controle dos impulsos	13	9,7%
C 1	Imaturidade, atraso no desenvolvimento	7	5,2%
C 16	Distúrbio do sono/alimentar / controle dos esfínteres	7	5,2%
C 9	Dificuldade de no relacionamento interpessoal	6	4,4%
C 8	Dificuldade de lidar com perdas/reações traumáticas	5	3,7%
C 12	Dificuldade de relações familiares	5	3,7%
C 6	Queixas somatoformes	4	2,9%

*Legenda: Percentual em relação à população atendida (N = 38)*

Observou-se que as categorias com maior incidência foram: C 2 - dificuldades escolares (41,7%), C 3 - comportamento agressivo (15,6%), C11 - dificuldade de controle dos impulsos (9,7%), C 1 - imaturidade, atraso no desenvolvimento e C 16 - distúrbios do sono/ alimentar / controle dos esfínteres (5,2%). As demais categorias representaram menos de 5% cada uma em relação à população pesquisada. Nos estudos realizados por Graminha e Martins (1994), Campilongo (2002) e Silva (2002), entre as queixas com maior incidência destacaram-se as relacionadas ao mau desempenho escolar e estas apareceram com 40%, 51% e 50,6% respectivamente.

Por intermédio do levantamento das informações que constavam nos prontuários clínicos analisados, foi possível observar que dos 38 pacientes que procuraram pelo atendimento, 36 (94,7%) concluíram a triagem, sendo que 2 desistiram durante o processo.

Dos 36 pacientes que concluíram a triagem, 30 (83,3%), foram encaminhados para atendimento interno, enquanto 6 foram encaminhados para atendimento externo tendo sido desligados da clínica. Desses 30 pacientes encaminhados para Psicoterapia Breve Infantil (PBI), 1 recebeu encaminhamento externo concomitantemente para psiquiatria. A Tabela 3 apresenta a distribuição das crianças que desistiram do atendimento quanto ao sexo e idade.

**Tabela 3 - Distribuição da população infantil que desistiu ao ser chamado para Psicoterapia Breve Infantil**

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	f	f%	f	f%	f	f%
6 a 7 anos	2	6,6	0	0	2	6,7
8 a 9 anos	5	16,6	1	3,3	6	20
10 a 12 anos	3	10	0	0	3	10
Total	10	33,3	1	3,3	11	36,6

Dos 30 pacientes encaminhados para atendimento interno, 11 (36,6%) desistiram ao serem chamados para o atendimento em PBI. A maior incidência de desistência foi para o sexo masculino entre 8 e 9 anos (16,6%), seguida pela faixa etária entre 10 e 12 anos (10%). Para o sexo feminino a desistência ocorreu na faixa etária de 8 a 9 anos (3,3%). Ancona-Lopes (1981), afirma que em muitos casos a desistência ocorre quando os clientes inscritos são chamados para o atendimento (31,1%), enquanto outros desistem após terem iniciado a psicoterapia (23%).

Das 19 crianças que iniciaram o atendimento psicoterápico, apenas 8 o concluíram, a relação desistência sexo e idade pode ser observada na Tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição da população infantil desistente durante a PBI, por sexo e faixa etária**

Idade	Masculino		Feminino		Total Geral	
	f	f%	f	f%	f	f%
6 a 7 anos	4	21,05	0	0	4	21,05
8 a 9 anos	2	10,52	0	0	2	10,52
10 a 12 anos	5	26,31	0	0	5	26,31
Total	11	57,89	0	0	11	57,89

Pode-se observar que 57,9%, desistiram durante os atendimentos em PBI. Essa desistência ocorreu predominantemente no sexo masculino, na faixa etária entre 10 e 12 anos e onze meses (26,3%), a desistência também foi observada na faixa etária entre 6 e 7 anos e onze meses (21%), seguida pela clientela entre 8 e 9 anos e onze meses (10,5%). Não foi observado nenhum caso de desistências para o sexo feminino.

### Considerações Finais

O fato dos estudos de caracterização da clientela realizada nos serviços de saúde mental em geral ocorrerem em uma etapa posterior ao atendimento clínico, no qual se tende a uma exploração não diretiva das dificuldades e queixas apresentadas, dificulta a padronização dos dados. Os critérios quanto às faixas etárias, ao agrupamento das queixas e a categorização das mesmas, as variáveis estudadas, tende a variar de um serviço para outro.

Em geral os trabalhos científicos publicados não trazem as definições adotadas para as categorias de queixas utilizadas, o que dificulta a comparação dos dados entre os diversos estudos, além da necessidade de se considerar as variáveis regionais, o ano de coleta de dados, as mudanças no sistema de ensino. Esses aspectos remetem a um obstáculo, no momento, intransponível, tornando a discussão dos dados, das variáveis estudadas por vezes restrita.

O trabalho de caracterização da clientela infantil dessa clínica-escola possibilitou por meio da caracterização da população entre 6 a 12 anos que procurou atendimento psicológico entre os anos de 2001 e 2005, apresentar um levantamento dos encaminhamentos recebidos, das queixas associadas às Dificuldades Escolares e a adesão ao tratamento por faixa etária e sexo.

A caracterização de uma parcela específica da população infantil que busca atendimento psicológico, cuja queixa de mau desempenho escolar ou dificuldade escolar é apontada em diversos estudos como o principal motivo de procura e encaminhamento, contribui para a compreensão dessa demanda, cujas queixas associadas predominantes diferem das da população geral pesquisada.

As queixas associadas ao mau desempenho escolar que apontam para a dispersão e falta de concentração e para o comportamento agitado e sem parada, dificuldade de relacionamento com pais e familiares, nervosismo, agressividade, reação à perda e à separação, em conjunto, poderiam preencher também os critérios para a depressão infantil. Algumas queixas como o comportamento agressivo ou de brigas, mau comportamento escolar, dificuldade nos relacionamentos familiares, destrutividade, poderiam acenar para a necessidade de se investigar o transtorno desafiador ou transtorno de conduta. Cabe notar que o alto índice de dificuldade de concentração não é acompanhado na mesma proporção do comportamento agitado e sem parada, que poderiam levar a pensar no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade ou até mesmo uma conduta com características desviantes associadas a uma depressão mascarada, mas essas são apenas hipóteses a serem abordadas em trabalhos futuros. Nas meninas as dificuldades escolares pareceram mais ligadas a um possível quadro de depressão, associadas a dificuldades em lidar com perdas e separações.

Esse trabalho de cunho exploratório descritivo aponta para a importância de outras dimensões de análise, como o estudo das queixas associadas ao mau desempenho escolar de forma mais ampla, possivelmente com a caracterização dos contextos familiar e escolar, o que no momento das entrevistas iniciais não foi possível, com a presente metodologia adotada. A necessidade de um trabalho integrado com outros profissionais, como educadores, psicopedagogos, assistentes sociais, torna-se essencial para uma maior compreensão e abordagem das dificuldades apresentadas, para que medidas de prevenção e promoção da saúde possam ser implantadas no ambiente escolar para a rápida detecção das dificuldades, que também pode abranger o âmbito familiar. O que só é possível por meio de um trabalho profissional multidisciplinar enfocando o bem estar da criança.

### REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Deyse Batista, Trad). 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ancona-Lopez, M. (1981) *Avaliação de serviços de psicologia clínica*. Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Araújo, A.P.Q.C. (2002). *Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção*. *Jornal de Pediatria*, 78 (supl. 1), 104-110.
- Barbosa, J. I. C. (1992). *Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bernardes-da-Rosa, L.T., Garcia, R.M. Domingos, N. A. M., & Silveiras, E. F. M. (2000). *Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia à crianças com dificuldades escolares*. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, 17(3), 5-14.
- Calderaro, R.S.S., & Carvalho C.V. (2003). *Depressão na Infância: um estudo exploratório*. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 181-189.
- Campilongo, S. I. (2002). *Caracterização da clientela infantil: classificação das queixas, tempo de espera e adesão ao tratamento na clínica-escola da Universidade São Francisco*. Monografia de Graduação em Psicologia não publicada, Universidade São Francisco, São Paulo.

Carvalho, R. M. L. L., & Térzis, A. (1989). Caracterização da clientela atendida na clínica psicológica do Instituto de Psicologia da PUCCAMP-II. Estudos de Psicologia, 1, 94-109.

Fonseca, V. (1995). Introdução às Dificuldades de Aprendizagem. 2. ed.rev. aum. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. (1994). Procura de atendimento psicológico para crianças: Características da problemática relatada pelos pais. Psico, 25(2), 53-79.

Organização Mundial da Saúde. (1993). CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (Dorgival Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Romaro, R. A. (2000). Reagrupamento do catálogo de queixas elaborado por Silves em 1991. Monografia não publicada. São Paulo, 2000.

Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. Psicologia: Teoria e Prática, 5 (1) 111-121.

Santos, W. P., & Alonso, M. Z. (2004). Caracterização da demanda infantil de um serviço de psicologia. Rev. Mineira de Saúde Pública, 3 (5), 35-42. Recuperado em 28 março 2007, de [http://www.esp.mg.gov.gov.br/comunicacao/imagens\\_revista.pdf](http://www.esp.mg.gov.gov.br/comunicacao/imagens_revista.pdf).

Silva, M. L.C. (2002). Caracterização das queixas da clientela infantil da Clínica-escola da Universidade São Francisco. Monografia de Graduação em Psicologia não publicada, Universidade São Francisco, São Paulo.

Silves, E. F. M. (1991). Clínica-escola: novas formas de atendimento psicológico. Tese de Livre Docência não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Sisto, F. F., & Burochovitch, E. (2001). Dificuldades de aprendizagem no contexto Psicopedagógico. Petrópolis: Vozes.  
Yoshida, E. M. P., Gatti, A. L., & Xavier, I. A. (1994). Avaliação do perfil e das queixas de crianças encaminhadas para psicoterapia dinâmica breve. Estudos de Psicologia, 11(3), 27-33.

*Publicado em 24/02/2010 14:14:00*

---

**Rosa Vieira de Souza Silva e Rita Aparecida Romaro - Rosa Vieira De Souza Silva: Psicóloga [rosa-sosi@hotmail.com](mailto:rosa-sosi@hotmail.com)  
Rita Aparecida Romaro: Professora e Doutora.**





[ Página Inicial | Voltar ]

© 1998 - 2010 Psicopedagogia On Line - Tel/Fax.: 11-5054-1559  
Comentários: comentarios@psicopedagogia.com.br  
Direitos Autorais



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons.