

O PAPEL PREVENTIVO DAS CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA EM SEU ATENDIMENTO A CRIANÇAS

EDWIGES FERREIRA DE MATTOS SILVARES⁽¹⁾

Universidade de São Paulo

Em 1981, o eminente psiquiatra inglês, Michael Rutter escreveu um trabalho de peso intitulado "A cidade e a criança" no qual, com base em dados empíricos de suas inúmeras pesquisas, concluiu que os males psicológicos infantis associados à vida nos grandes centros urbanos, felizmente, não eram inevitáveis e, que, a despeito do limitado conhecimento acerca da etiologia de tais distúrbios, todos os esforços deveriam ser envidados numa ação preventiva de modo a eliminar alguns fatores empiricamente considerados como determinantes de tais males.

É opinião do autor, com o qual concordamos, que é a partir do conhecimento de todos os fatores determinantes dos males psicossociais infantis e de seus mecanismos de ação que se poder-á agir no sentido de impedir a ação direta e indireta de tais fatores e conseqüentemente garantir melhores condições de vida para as crianças dos grandes centros urbanos no futuro. Em decorrência, muito empenho deve ser colocado sobre a pesquisa relativa à descoberta de outros fatores da mesma natureza daqueles já descobertos como determinantes dos problemas, bem como sobre os mecanismos pelos quais tais fatores operavam (e o mencionado autor tem demonstrado tal empenho através das inúmeras pesquisas realizadas). Nossas presentes considerações também pretendem contribuir para o avanço nessa mesma direção e porisso mesmo nos parecem justificáveis.

Abordemos primeiramente, de forma resumida, alguns dos dados empíricos ingleses de Rutter, para a seguir considerarmos os dados brasileiros, obtidos em pesquisas científicas levadas a efeito por nossa equipe na clínica-escola do UPUSP (CEIPUSP) e, finalmente, compararmos uns com os outros, derivando nossas conclusões sobre nosso tema: o papel preventivo das clínicas-escola em seu atendimento às crianças.

Segundo Rutter (1981), as pesquisas dele levavam às seguintes generalizações, entre outras:

1) Os problemas psicossociais infantis são muito mais comuns nos grandes centros urbanos do que nas zonas rurais, sendo essa diferença real e não um artefato de reconhecimento ou da migração diferencial;

⁽¹⁾ Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia.

2) As cidades não são todas iguais em relação ao aumento na taxa de incidência dos problemas infantis, sendo a implicação maior dessa afirmativa o fato de que a alta taxa não é inevitável e que nós podemos nos movimentar para prevenir tal aumento;

3) As variações nas taxas dos problemas infantis não são casuais mas sim sistematicamente relacionadas com diferenças em condições de vida, no planejamento de complexos habitacionais e na qualidade das escolas experimentadas pelas crianças e suas famílias.

Para objetivar as diferenças de condições de vida experimentadas pelas famílias, Rutter criou um índice quantitativo - **o índice de adversidade familiar**-, o qual abrange as seguintes variáveis: 1) discórdia conjugal; 2) falência financeira familiar; 3) distúrbios mentais ou criminalidade na família; 4) número excessivo de filhos e 5) superpovoamento da casa.

O leitor já poderá ter antecipado que quanto maior o número dessas variáveis dentro de uma mesma família, tanto maior seu escore em termos de adversidade familiar.

A partir de tal índice o autor pode incluir entre suas conclusões, a seguinte: os distúrbios psicológicos infantis são muito mais frequentes entre crianças que vivem com famílias de escores elevados nesse índice. E mais, que tal resultado independe da área geográfica onde as crianças vivem (urbana ou rural). Isto quer dizer que a probabilidade de distúrbio numa criança de uma família muito privada culturalmente (ou com alto escore de adversidade familiar) em zona rural era a mesma de crianças vivendo no ambiente altamente estressante de Londres, mas com igual escore de adversidade familiar.

Assim, pode-se dizer que da maior incidência dos itens de adversidade familiar nos grandes centros urbanos decorre a maior freqüência de problemas psicológicos infantis nesses centros.

Em outras palavras, as adversidades socioculturais experimentadas pelas crianças carentes e seus familiares nos grandes centros urbanos parecem ser o grande fator responsável pela maior incidência de distúrbios psicológicos nesses ambientes do que nos meios rurais.

É, portanto, a associação entre distúrbio psicológico infantil e a privação cultural e não entre a primeira variável e o tipo de centro onde vive a criança (se, rural ou urbano) que deve ser algo de nossas preocupações preventivas.

Parece oportuno abrir um parêntesis para chamar atenção do leitor para conceituação de distúrbio psicológico infantil, por nós aceita e apresentada por Ross (1974). Segundo este autor: "Diz-se que há presença de um distúrbio psicológico quando uma criança revela comportamento que se afasta de uma norma social e arbitrária e relativa, porque ocorre com uma freqüência ou intensidade que os adultos significativos de seu meio julgam ser muito alta ou

muito baixa" (p. 156). Tal definição é por nós favorecida em virtude de colocar em evidência o fato de não ser a forma do comportamento por si só que define o distúrbio psicológico mas a intersecção deste com o meio onde se manifesta, o que está em íntima consonância com as conclusões acima, empiricamente demonstradas por Rutter.

Isto posto quanto aos dados empíricos ingleses e nossa conceituação de distúrbio psicológico infantil, podemos passar à descrição de nosso trabalho de caracterização comportamental e socio-demográfica da população infantil da clínica-escola do IPUSP.

Foram considerados sujeitos de nossa pesquisa todos os clientes inscritos na instituição (CEIPUSP), no período de 1983 a 1989, cuja idade tivesse sido na época de sua inscrição na clínica inferior a dezesseis anos (766 clientes).

Os dados comportamentais e sócio-demográficos desses clientes foram obtidos pela análise de seus prontuários, já existentes na referida clínica.

Para análise dos aspectos comportamentais da clientela infantil, foi construído um catálogo de queixas, com as declarações verbais dos responsáveis pelas crianças sobre as dificuldades comportamentais delas. Tal catálogo, abrangia 77 categorias comportamentais diferentes, mutuamente exclusivas, as quais foram, posteriormente, agrupadas em oito grupos comportamentais mais amplos, tomando por referencial tanto o DSMIII-R (APA, 1990) quanto à similaridade temática das queixas. Assim, as queixas infantis podiam ser classificadas em um dos seguintes grupos: 1) Distúrbios específicos do desenvolvimento e das habilidades escolares; 2) Distúrbios de comportamentos explícitos; 3) Distúrbios de comportamentos não explícitos; 4) Distúrbios de alimentação e sono; 5. Distúrbios de identidade; 6) Tiques; 7) Distúrbios de expulsão e 8) Distúrbios orgânicos.

Fazem parte do primeiro grupo as queixas do catálogo que parecem denotar que a criança tivera dificuldades no desenvolvimento infantil normal e apresentava presentemente deficits comportamentais como: mau desempenho escolar, dificuldades de fala, imaturidade etc. No segundo grupo foram incluídas as queixas que denotavam comportamentos infantis que traziam clara perturbação ambiental, ou seja, se constituíam em excessos comportamentais como: comportamento agressivo ou de brigas, comportamento agitado sem paradas, de birra etc.. Já no terceiro grupo foram incluídas as queixas que denotavam esquivas ambientais por parte da criança como: comportamento de medo, ansiedade, quietude etc. Parecem ser, auto-explicativos das queixas infantis neles contidas, os rótulos dos grupos 4, 5, 6 e 7. No primeiro deles (Distúrbios de alimentação e sono) são incluídas queixas como pesadelo, sonambulismo e dificuldades alimentares. No quinto grupo (Distúrbios de identidade) queixas relativas a perturbações do funcionamento sexual; no sexto, os tiques (pisca demais, roer

unhas etc.), e no sétimo dificuldades de expulsão como enurese, encoprese. O último grupo abrangia queixas que pareciam de natureza orgânica como dor de cabeça, falta de audição, dores de estômago etc.⁽²⁾

Para a análise sociodemográfica do cliente, foram consideradas, entre outras, as seguintes variáveis de identificação da criança: sexo (masculino x feminino), idade (1-2, 3-4, e assim sucessivamente até 14-15 anos) e origem do seu encaminhamento à clínica (escola, pais, amigos, médicos e outros). Também foram levadas em consideração com respeito aos pais da criança encaminhada, algumas variáveis de identificação, entre elas o nível de escolaridade deles (analfabetos, primária, ginásial, técnica, colegial e superior).

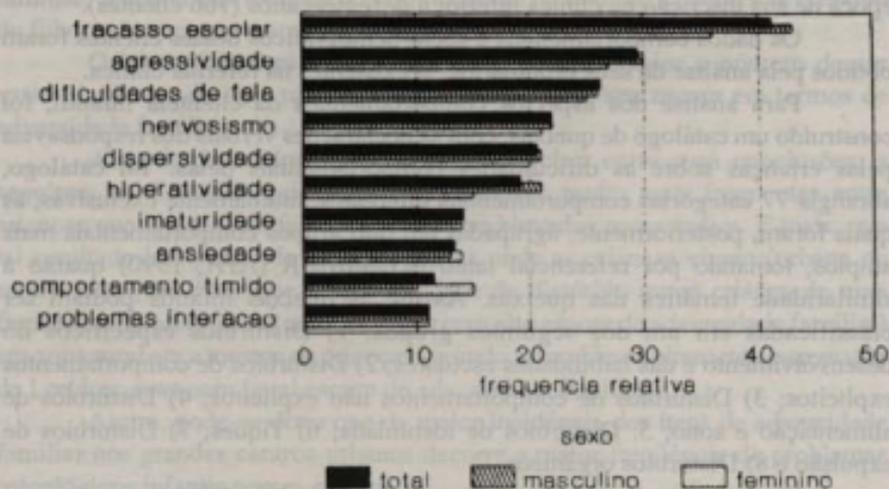


Figura 1 - As dez queixas mais frequentes no CEIPUSP no total e segundo o sexo do cliente infantil (1983 a 1989).

Os dados pontuais relativos a cada cliente de 0-15 anos, inscritos na clínica-escola no período de 1983-1989, nos permitem, entre outras coisas, hierarquizar por ordem de frequência as queixas específicas apresentadas pelos pais como motivo da demanda de atendimento à criança. Nessa hierarquia, chama atenção o alto índice de prontuários que apresentam a queixa de mau desempenho

⁽²⁾ O leitor interessado em tal catálogo, com as declarações verbais constituintes de cada uma das setenta e sete categorias comportamentais e o rol de queixas que compunham cada um dos oito grupos, poderá solicitá-lo à autora.

escolar ou fracasso escolar (41.2%) - primeira da lista de queixas mais frequentes-, seguida pelo comportamento agressivo ou agressividade (30%) e por dificuldades de fala (26%). É interessante também verificar que há, para todas as queixas, um predomínio (em termos de frequência relativa) do sexo masculino sobre o feminino. É de se notar ainda que a queixa 34 (ansiedade/medo) e a queixa 24 (comportamento tímido, fechado) constituem exceções para essa generalização. Este ponto merecedor de maior atenção em outra publicação da autora não receberá aqui análise mais detalhada, a não ser a mera sinalização de uma associação entre o sexo da criança e o tipo de queixa.

Podemos ainda com base nos dados relativos ao agrupamento das queixas, observar uma hierarquia de frequência, a saber:

1. G1. Distúrbios específicos do desenvolvimento e das habilidades escolares (75.5%);
2. G2. Distúrbios de comportamentos explícitos (75.3%);
3. G3. Distúrbios de comportamentos não-explícitos (40.7%);
4. G8. Distúrbios orgânicos (19.6%);
5. G4. Distúrbios do sono e alimentação (8.8%);
6. G7. Distúrbios de expulsão (6.5%);
7. G5. Distúrbios de identidade sexual (4.3%);
8. G6. Tiques (1.8%).

Como pode ser visto na Figura 2, três grupos dos oito por nós construídos, abrangem a maioria das queixas apresentadas nos prontuários infantis (G1, G2 e G3). Setenta e cinco por cento dos prontuários apresentavam queixas ou do G1

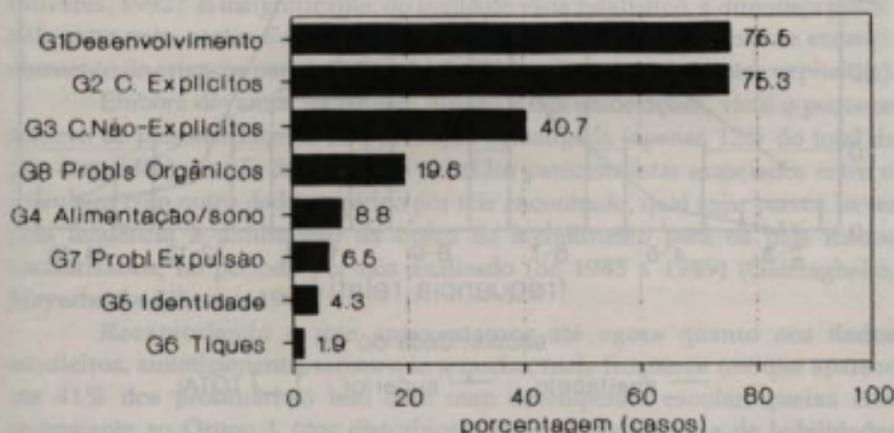


Figura 2 - Distribuição da população infantil do CEIPUSP de acordo com grupos de queixas.

e/ou do G2. Como os responsáveis pelo cliente infantil, em geral, apresentam mais de uma queixa relativa ao comportamentos deles, uma mesma criança podia pertencer a mais de um grupo o que faz com que a soma das porcentagens exceda a 100%.

O cruzamento de algumas das variáveis demográficas da pesquisa entre si: 1) nível de escolaridade dos pais (analfabeto x nível superior), 2) idade da criança por ocasião do encaminhamento (de 1 a 15 anos) bem como de uma delas com a origem do encaminhamento (escola x pais x amigos e parentes x outros) e com o tipo de grupo de queixa infantil (os três primeiros dos oito possíveis agrupamentos acima listados), colocou em evidência algumas relações muito curiosas. Assim, pudemos verificar:

1) Uma associação entre o nível de escolaridade dos pais e a idade de encaminhamento dos filhos. Pais mais escolarizados, de nível superior, encaminham seus filhos à clínica, em idade mais precoce do que os menos escolarizados (Ghiringhelo, Meyerhorf e Silveiras, 1992).

2) Uma relação entre o nível de escolaridade dos pais e a origem de encaminhamento da criança à clínica. Pais altamente escolarizados (com nível superior) mais do que os menos escolarizados (analfabetos) reconhecem-se como a origem do encaminhamento. Já pais pouco escolarizados atribuem mais do que os altamente escolarizados esse papel à escola (Silveiras, 1992).

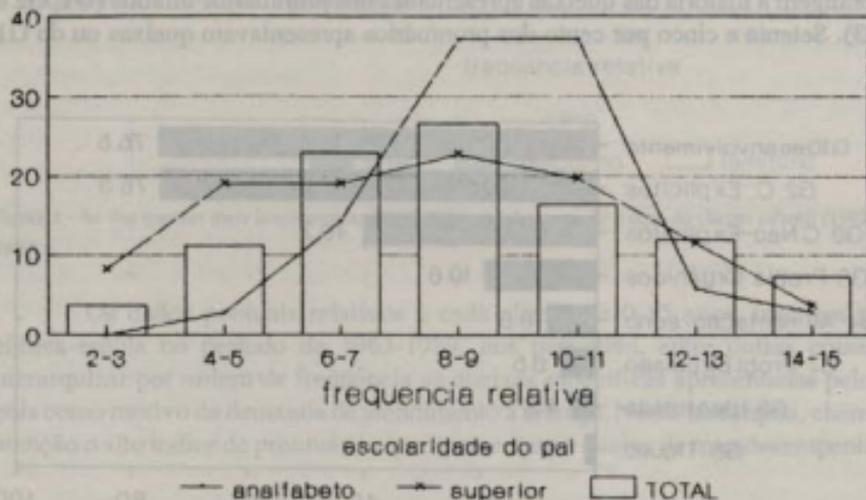


Figura 3 - Distribuição da população infantil, seguindo a idade do cliente no total e de acordo com a escolaridade do pai.

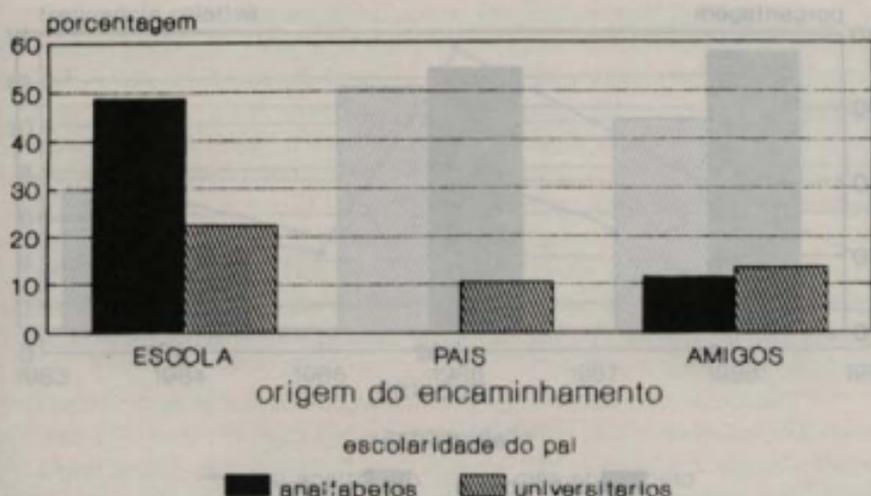


Figura 4 - Distribuição da população segundo origem do encaminhamento e 2 níveis de escolaridade dos pais.

3) Uma associação entre o nível de escolaridade dos pais e o tipo de queixa apresentada em relação ao cliente infantil. Pais de nível superior encaminham seus filhos mais do que os pouco escolarizados em função de distúrbios de comportamento não explícito (G3). O inverso é verdadeiro para distúrbios específicos do desenvolvimento e/ou de habilidades escolares (G1) (Silvares, 1992). É insignificante, do ponto de vista estatístico, a diferença percebida entre pais, nestes dois níveis extremos de escolaridade, quanto ao encaminhamento de crianças para o Grupo 2 (distúrbios de comportamentos explícitos).

Embora devamos ter cautela quanto a tais associações, visto o pequeno número de pais analfabetos na população investigada (apenas 12% do total de pais atendidos), os três dados acima referidos parecem estar associados entre si e também com outro dado empírico por nós encontrado, qual seja: parece haver uma tendência à diminuição da busca de atendimento para os pais menos escolarizados, no período por nós analisado (de 1983 a 1989) (Ghiringhello, Meyerhorf e Silvares, 1992).

Recapitulando o que apresentamos até agora quanto aos dados brasileiros, sinteticamente, temos que a queixa mais frequente (ou que aparece em 41% dos prontuários) tem sido mau desempenho escolar, queixa esta pertencente ao Grupo 1 (dos distúrbios do desenvolvimento e de habilidades escolares). Este grupo de queixas está menos associado a pais de nível superior do que a pais analfabetos, sendo que estes últimos atribuem mais do que os

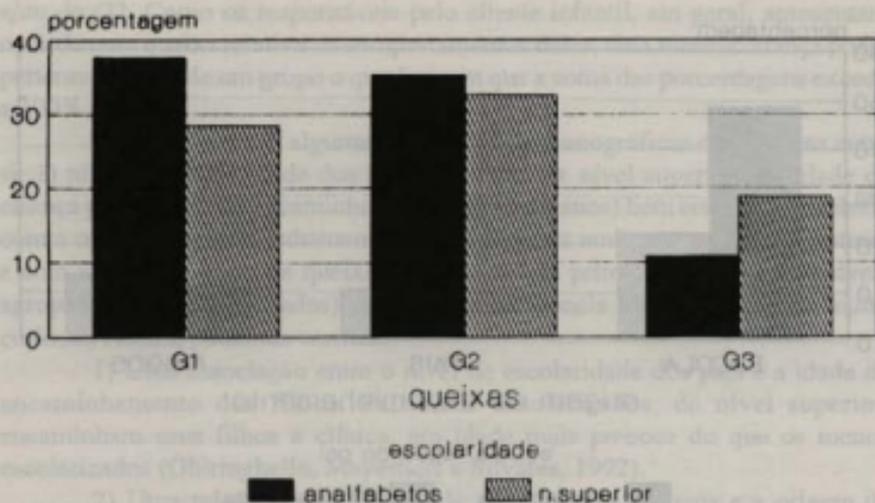


Figura 5 - Distribuição da população infantil, segundo dois níveis de escolaridade do pai x 3 grupos de queixas.

primeiros à escola o papel do encaminhamento da criança à clínica e vêm gradativamente desistindo do atendimento nessa instituição.

Estes dados parecem indicar que o nível de escolaridade superior dos pais lhes garante maiores informações de modo a poderem reconhecer mais cedo as dificuldades psicológicas de seus filhos e identificarem mais facilmente a quem devem recorrer para os auxiliar na solução das dificuldades. Já os pais menos escolarizados - os analfabetos - precisam de um intermediário para identificar a problemática infantil, intermediário este que tende a ser seletivo nessa identificação, isto é, encaminham as crianças mais por problemas de aprendizagem.

Parece ainda válido concluir, com relação às famílias de analfabetos, que nem o usual trabalho remediativo de atenção secundária à saúde tem sido satisfatório na instituição estudada, haja vista a tendência ao decréscimo da procura da clínica por este grupo.

Todos estes pontos merecem nossa atenção, especialmente se lembrarmos que nossa pesquisa, de caracterização comportamental e socioeconômica da população infantil da clínica-escola do IPUSP foi feita com vistas a um melhor atendimento psicológico a ela. Além disso, é conveniente ressaltar ter nossa investigação transcorrido na cidade de São Paulo - o maior centro urbano da América Latina - o qual se caracteriza pelos grandes contrastes sociais. De um lado há uma pequena parcela da população privilegiada

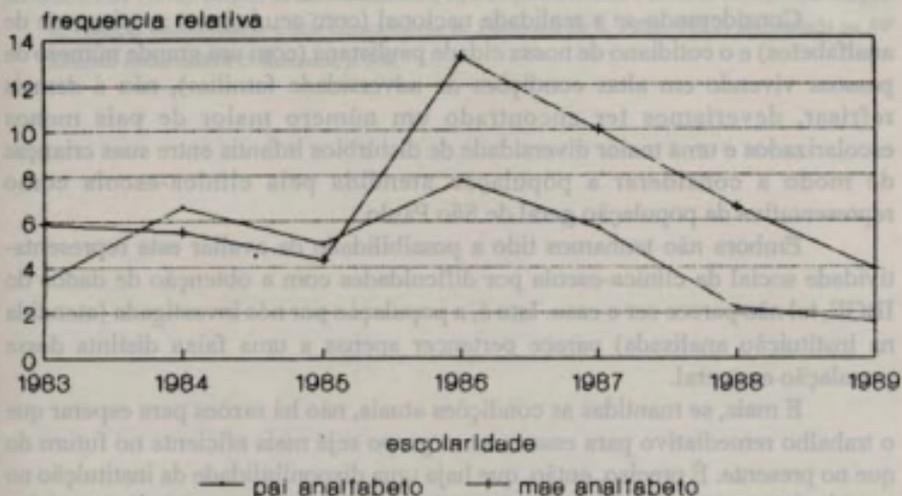


Figura 6 - Frequência anual de pais e mães analfabetos no CEIPUSP no período de 1983 a 1989.

culturalmente e de outro uma grande maioria em inversas condições, vivendo nas mais precárias condições socioculturais.

É também sabido que um dos grupos mais desprivilegiados culturalmente em nossa cidade é o grupo dos analfabetos. Tivéssemos nós tido a oportunidade de analisar mais detidamente esse grupo da clientela da clínica-escola, com grandes probabilidades encontraríamos associados a ele outros fatores como: falência familiar, número excessivo de filhos e superpovoamento da casa. Tais fatores, o leitor está lembrado, compõem o índice de adversidade familiar de Rutter.

Quando escolhemos a variável **analfabetismo** na família da criança atendida na clínica-escola, para fazermos os cruzamentos acima descritos, o fizemos por julgar que a variável analfabetismo poderia ser o índice brasileiro de privação cultural, ou seja, um correlato do **índice de adversidade familiar**, de Rutter.

Se transpusessemos então as conclusões inglesas para nossa realidade, lembrando que a clínica-escola se insere num dos locais mais estressantes do Brasil, acreditamos que **deveríamos ter encontrado mais famílias de pais analfabetos em nossa instituição**. A gravidade de tal constatação deve ser intensificada considerando-se a tendência à diminuição de pais com esse nível de escolaridade na clínica-escola estudada e todas as conclusões antes formuladas acerca dos cruzamentos de variáveis por nós realizados.

Considerando-se a realidade nacional (com seu imenso contingente de analfabetos) e o cotidiano de nossa cidade paulistana (com um grande número de pessoas vivendo em altas condições de adversidade familiar), não é demais reafirmar, deveríamos ter encontrado um número maior de pais menos escolarizados e uma maior diversidade de distúrbios infantis entre suas crianças de modo a considerar a população atendida pela clínica-escola como representativa da população geral de São Paulo.

Embora não tenhamos tido a possibilidade de avaliar esta representatividade social da clínica-escola por dificuldades com a obtenção de dados do IBGE, tal não parece ser o caso. Isto é, a população por nós investigada (atendida na instituição analisada) parece pertencer apenas a uma faixa distinta dessa população em geral.

E mais, se mantidas as condições atuais, não há razões para esperar que o trabalho remediativo para esse mesmo grupo seja mais eficiente no futuro do que no presente. É preciso, então, que haja uma disponibilidade da instituição no sentido de promover programas preventivos que atinjam, no mínimo, essa faixa de sua clientela. Faz mais sentido ir até essas crianças, com dificuldades de aprendizagem, com programas profiláticos do que aguardar sua vinda à clínica, após anos de repetência. Ilustra esse movimento o trabalho de Blechman *et al.* (1981) o qual representa um esforço conjunto de famílias e terapeutas, envolvendo contratos comportamentais de modo a prevenir dificuldades de aprendizagem infantil.

Algo precisa ser feito pela instituição no sentido de se transformá-la numa clínica-escola modelo com diferentes formas de atendimento, incluindo formas alternativas às tradicionais ali desenvolvidas de modo que possa atender às demandas da maioria de nossa população, inserindo nela intervenções de caráter preventivo. Unindo nossas primeiras considerações às últimas, acreditamos poder finalizar este trabalho por sentirmos que, com o apresentado, justificamos empiricamente a necessidade de uma ação preventiva por parte da instituição estudada, objetivo primeiro de nosso trabalho.

Referências Bibliográficas

- Blechman, E.A. Kotanchik, N.L. e Taylor, C.J. (1981). Families and schools together: early behavioral intervention with high risk children. *Behavior Therapy*, 13, 308-319.
- Gliringhiello, L., Meyerthorff, P.E. Silveiras, E.F.M. (1992). Relação entre a idade das crianças encaminhadas à Clínica-escola de Psicologia do IPUSP e a Escolaridade de seus pais. Painel apresentado na 44ª Reunião Anual da SBPC. Resumos, p. 909.
- Ross (1974). *Os Distúrbios Psicológicos da Infância*. São Paulo: McGraw Hill Ed.
- Rutter, M. (1981). The child and the city. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(4), 610-625.

Silvaes, E.F.M. (1992). Origem do encamihamento, Tipo de queixa infantil x Nível de escolaridade dos pais de crianças encamihadas a uma clínica-escola de Psicologia de S. Paulo. Painel apresentado na 44ª Reunião Anual da SBPC. Resumos, p. 908.

MARIA MARTHA HÖBNER D'OLIVEIRA¹
 MARIA AMÉLIA MATOS²
 Universidade de São Paulo

Em 1983, quando da primeira visita do Prof. Sidman ao Brasil, iniciamos alguns estudos com o paradigma de generalização (Sidman & Taub, 1962) no contexto de uma pesquisa básica sobre relações de equivalência entre estímulos e aquisição de leitura, mas com o "foco" voltado para possíveis aplicações de nossas conclusões ao ensino dos princípios de leitura com pré-escolares.

Nesses estudos foi, a princípio, verificada a replicação dos resultados de Sidman e Taub (1962), que obtiveram a emergência de relações de equivalência (simetria, reflexividade e transitividade) entre figuras, palavras e respectivos sons, sem qualquer distanciamto e, portanto, sem reforço. Isto se observou tanto com pré-escolares e com palavras de língua portuguesa, e com a eficiência e rapidez com que os sujeitos obtinham, através um caminho direto para o aparecimento de novas relações de ensino de leitura. Aparentemente, pelo a facto de um modelo passivo de relações multiplas, um número muito maior era obtido para a aprendizagem de novas dígrafos para tal (Sidman, 1971; Sidman & Crosson, 1973; Sidman & Taub, 1962).

Entretanto, queríamos verificar mais do que a possibilidade de replicar nosa eficiência em obter a emergência de leitura. Perguntávamos se, além de propiciar o aparecimento, sem qualquer duto, do pensamento entre figuras e palavras (o que poderia denotar de leitura com compreensão), o mesmo via paradigma de generalização permitia o aparecimento de leitura sob controle textual das unidades mínimas (sílabas e letras). Se isto assim o fosse, os sujeitos seriam capazes de ler novas palavras compostas por sílabas e letras já conhecidas e não teriam patos terçicas, pois aproximariam-se o caminho ideal: estabeleceriam leitura de palavras com compreensão (o pensamento das figuras com as palavras) e, ao mesmo tempo, a identificação textual ocorria de suas unidades (letras e sílabas), o que permitiria a leitura generalizada de outras palavras.

Isto, no lugar de caminhos físicos e simples para a imediata aquisição de novas dígrafos de ensino de leitura, encontrávamos um caminho que, embora rápido

¹ Instituto de Psicologia