**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**Crianças com queixa escolar: fatores de risco para desistência e abandono do
atendimento psicopedagógico**

Carina Cella Panaia

Orientadora: Edna Maria Marturano

**Dissertação apresentada ao
Departamento de Neurologia,
Psiquiatria e Psicologia Médica da
FMRP-USP, como parte das
exigências para a obtenção do título
de Mestre em Saúde Mental.**

**Ribeirão Preto – SP
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO OU DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Panaia, Carina Cella

Crianças com queixa escolar: fatores de risco para desistência e abandono do atendimento psicopedagógico
Ribeirão Preto, 2007.

94 p. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto / USP – Dep. de Neurologia, Psiquiatria e
Psicologia Médica.

Orientadora: Marturano, Edna Maria

1. Saúde Mental. 2. Tratamento de crianças.
3. Desistência. 4. Abandono.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carina Cella Panaia

Crianças com queixa escolar: fatores de risco para desistência e abandono do atendimento psicopedagógico.

Dissertação apresentada ao
Departamento de Neurologia,
Psiquiatria e Psicologia Médica da
FMRP-USP, como parte das exigências
para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Mental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À professora Edna M. Marturano pela oportunidade concedida para que eu pudesse realizar o mestrado e por suas orientações, que me permitiram aprender muito enquanto pesquisadora. Muito obrigada!

Às professoras Patrícia Leila dos Santos e Eucia Beatriz Petean, que participaram do exame de qualificação.

Ao meu pai Roberto, minha mãe Teresa e meu irmão Alex que sempre me apoiaram e me incentivaram. Aos meus sogros Bernardo e Hona que também me deram força e apoio neste percurso.

Ao meu noivo Alexandre Mantovani que sempre esteve presente, me ajudando, dando idéias e sugestões sempre oportunas e bem-vindas! Agradeço seu companheirismo, seu carinho e por fazer parte da minha vida!

Às crianças e seus pais, cujos dados foram utilizados nesta pesquisa; embora “anônimos”, suas contribuições foram de enorme valor.

Aos funcionários, professores e colegas do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica e a todos aqueles que de alguma maneira estiveram presentes nesta etapa da minha vida.

Ao CNPq pela concessão da bolsa de mestrado, possibilitando a realização desta pesquisa.

RESUMO

PANAIA, C. C. **Crianças com queixa escolar: fatores de risco para desistência e abandono do atendimento psicopedagógico**. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Pesquisas mostram que existe uma grande procura de atendimento para crianças com queixa escolar em serviços públicos vinculados a área de saúde mental, assim como há uma elevada taxa de abandono das famílias nos atendimentos. Diferentes fatores estão associados ao término em diferentes momentos do atendimento. As famílias *desistentes* (que terminam antes de iniciar o tratamento) apresentam características diferentes das que *abandonam* (que terminam durante o tratamento). O objetivo deste trabalho foi verificar se há diferenças entre as famílias que seguem o atendimento infantil até a alta e aquelas que terminam em algum momento após a primeira entrevista. Foi realizado um estudo retrospectivo com dados de 258 crianças, com idade entre seis e onze anos, colhidos na primeira consulta no Ambulatório de Psicologia Infantil do HCFMRP – USP. Foram utilizados dados sócio-demográficos e dados dos seguintes instrumentos: Raven, Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI), Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) e a Escala de Eventos Adversos (EEA) recentes. Para a análise, foram feitos dois conjuntos de comparações: a) entre o *Grupo desistente* (n = 41) e *Grupo não desistente* (n = 217); b) no *Grupo não desistente*, comparação entre o *Grupo abandono* (n = 107) e o *Grupo alta clínica* (n = 110). Os dados foram analisados em três blocos: a) variáveis sócio-demográficas; b) variáveis clínicas da criança; c) variáveis ambientais, considerando-se como índice de significância $p \leq 0,05$. Os resultados mostraram que o *Grupo Desistente*, comparado ao *Grupo Não Desistente*, apresentou menor tempo de escolaridade, menos dificuldades cognitivas, menos problemas de comportamento,

menor média de atividades programadas e, em relação aos eventos adversos experienciados pelas famílias, apresentou menor escore de eventos adversos recentes na vida pessoal da criança. O *Grupo Abandono*, em relação ao *Grupo Alta Clínica*, apresentou menor tempo de escolaridade, menores médias em relação à idade das crianças e dos pais e escolaridade do pai, mais prejuízo cognitivo; maiores escores em relação ao total de eventos adversos e às adversidades parentais recentes. Os dados apontaram que o *Grupo Desistente* tinha mais crianças nas séries iniciais - fase em que as dificuldades ainda não são tão evidentes - e poucos problemas comportamentais, fatores que podem levar a família a acreditar que as dificuldades da criança não demandam atendimento especializado. O *Grupo abandono* apresentou crianças mais novas, pais mais jovens e com menos escolaridade - condições preditoras de abandono, como corroborado pela literatura. O prejuízo cognitivo pode ter levado a família a não ter as expectativas supridas em relação à efetividade do tratamento. Além disso, a vivência de situações adversas dificulta o comprometimento dessas famílias no atendimento, constituindo uma condição de risco para abandono. Os resultados ressaltam a importância de se fazer a distinção entre as famílias *desistentes* e *abandonadoras*, a fim de buscar subsídios para uma maior retenção das crianças nos atendimentos ambulatoriais.

Palavras-chave: saúde mental; tratamento de crianças; desistência; abandono.

ABSTRACT

PANAIA, C. C. **Children with school learning difficulties: risk's factors for refuses and dropouts of psychopedagogy treatment.** 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Researches have shown that mental health public services are sought for the attendance to children with poor school performance; at the same time there are elevated rates of dropout by the families at these services. Different factors are associated to interruption at different moments of treatment. *Refusers* families (that terminate before treatment begins) are different that *dropout* families (that terminate during the treatment). This work intended to verify the differences between the families that follow all the treatment and those families who terminate in any time after the first contact. It was a retrospective study which utilized data of 258 childrens, aged six to 11 years, whose registrations were obtained at the first consult at the Psychological Children's Service of the HCFMRP-USP. Were utilized the socio-demographic data and the follow instruments data: Raven, Rutter's Behavior Child Scale A2, Home Environments Resources Scale and the recents Adverses Events Scale. For the analysis, were defined two comparative groups: a) refusers group (n= 41) in comparison with non-refusers group (n = 217); b) at the non-refusers group, were analyzed differences between dropouts group (n = 107) and completers group (n = 110). Analysis was performed considering three variable's sets: a) socio-demographic variables; b) clinical child variables; c) environment variables. It was found that school age, behavior problems, cognitive capacity and programmed activities media are lower in the refuser's group than in non-refuser's one ($p \leq 0,05$). Refusers group also shows lower score of recent adverses events at child's life with regard to adverse experiences in the family. The dropout group, compared to the completer

group, shows lower school age and lower age's media of children and parents and father's scholary, more cognitive impairment and more scores about adverses events and recent parental adversities. Data shows that refuser group has more children at initial school age – stage in wich difficulties are not evident yet – and little behavior problems. That can make family to believe that children's difficulties demand especial treatment. The dropout group have more children at initial school age and the lower media relative to age of children and parents and father's scholary; this results are corroborated by literature. Cognitive impairment could have led family to have no fullfil expectation about the effectiveness of treatment. Also, living adverse situations makes more difficult to the engagement of the families, establishing dropout risk. It's important to identify refuse's families and dropout's families in order to find effective measures for the retention of more children in the ambulatory treatment.

Key- words: mental health; child treatment, refuser, dropout

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Composição da amostra de acordo com o desfecho do atendimento	p. 31
Figura 2-	Distribuição dos casos do Grupo Abandono em função do tempo de permanência no atendimento (n = 53).	31
Figura 3-	Distribuição dos casos do Grupo Alta Clínica em função do tempo de permanência no atendimento (n = 67).	32
Figura 4-	Distribuição dos casos dos grupos Alta Clínica e Abandono segundo a duração do atendimento.	58

LISTA DE TABELAS

		p.
Tabela 1-	Resultados da comparação entre o Grupo Desistente e o Grupo Não Desistente em relação aos dados sócio-demográficos.	39
Tabela 2-	Resultados da comparação entre o Grupo Desistente e o Grupo Não Desistente em relação à situação ocupacional e estado civil da mãe.	39
Tabela 3-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos itens do RAF que se referem à composição familiar.	39
Tabela 4-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação ao percentil do Raven e ECI.	40
Tabela 5-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos itens que compõem a ECI.	42
Tabela 6-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos escores do RAF.	43
Tabela 7-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não desistente em relação aos itens que compõem o tópico Atividades Programadas da Criança.	44
Tabela 8-	Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação a EEA.	45
Tabela 9-	Resultados das correlações entre escolaridade dos pais e variáveis ambientais nos grupos Desistente e Não Desistente	46
Tabela 10-	Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação aos dados sócio-demográficos.	49
Tabela 11-	Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação à situação ocupacional e estado civil da mãe.	49
Tabela 12-	Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos itens que se referem à composição familiar.	49
Tabela 13-	Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação ao percentil do Raven e ao ECI.	50
Tabela 14-	Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos itens que compõem a ECI.	52
Tabela 15-	Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos escores que compõem o RAF.	53
Tabela 16-	Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação a EEA.	54
Tabela 17-	Resultados das correlações entre escolaridade dos pais e variáveis ambientais nos grupos Abandono e Alta Clínica.	55

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	p. 12
	1. O desenvolvimento da criança com dificuldade de aprendizagem.....	13
	2. Dificuldades escolares e a busca por acompanhamento psicopedagógico	15
	3. O abandono em atendimentos psicológicos	17
	4. Família e adesão ao atendimento	20
II.	OBJETIVO	24
III.	MÉTODO	26
	1. Contexto da pesquisa	27
	1.1 Fluxo do atendimento	27
	2. Fonte de dados.....	28
	2.1 Formação dos grupos	29
	3. Materiais e Instrumentos	32
	4. Procedimento	35
	4.1 Composição das planilhas	35
	4.2 Análise de dados	35
	5. Aspectos éticos	35
IV.	RESULTADOS	37
	1. Comparação entre o <i>Grupo Desistente</i> e o <i>Grupo Não Desistente</i>	38
	1.1 Resultados referentes às variáveis sócio-demográficas.....	38
	1.2 Resultados referentes às variáveis clínicas da criança.....	40
	1.3 Resultados referentes às variáveis ambientais.....	43
	1.4 Análise complementar.....	45
	2. Comparação entre o <i>Grupo Abandono</i> e o <i>Grupo Alta Clínica</i>	48
	2.1 Resultados referentes às variáveis sócio-demográficas.....	48
	2.2 Resultados referentes às variáveis clínicas da criança.....	50
	2.3 Resultados referentes às variáveis ambientais.....	53
	2.4 Análise complementar.....	54
	2.5 Análise considerando-se o tempo de permanência no atendimento.....	58
V.	DISCUSSÃO.....	60
	1. Comparação entre o <i>Grupo Desistente</i> e o <i>Grupo Não Desistente</i>	62
	2. Comparação entre o <i>Grupo Abandono</i> e o <i>Grupo Alta Clínica</i>	65
	3. Considerações Finais.....	69
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
VII.	ANEXOS	85

I. INTRODUÇÃO

1. O desenvolvimento da criança com dificuldade de aprendizagem

A visão contemporânea de desenvolvimento, amplamente influenciada pelas proposições de Bronfenbrenner (1996), considera que o desenvolvimento engloba os processos de troca que ocorrem dentro de e entre os sistemas nos quais o indivíduo está inserido. Temos então que a família, a escola, as pessoas com quem de uma forma geral o indivíduo realiza suas trocas, constituem o meio em que ele se desenvolve em processos e etapas que vão desde a infância até a vida adulta e velhice. Considerando-se o enfoque teórico-metodológico da psicopatologia do desenvolvimento tem-se que:

“O processo de desenvolvimento é caracterizado por uma integração hierárquica de sistemas de comportamento, por intermédio da qual as estruturas mais antigas são incorporadas a estruturas mais recentes, sob formas cada vez mais complexas” (MARTURANO, 2004, p. 159).

Levando em conta esta abordagem, cada período do desenvolvimento proporciona ao indivíduo novas tarefas a serem cumpridas, denominadas tarefas de desenvolvimento, que são desafios presentes nas diferentes etapas e cujo enfrentamento será marcante na experiência do indivíduo em momentos posteriores de seu ciclo vital (MARTURANO, 2004). Estas são acompanhadas tanto de fatores potenciais de risco, que podem desencadear mecanismos de vulnerabilidade, quanto de fatores protetivos, os quais podem desencadear por sua vez mecanismos de proteção.

Na visão da psicopatologia do desenvolvimento, a noção de *risco* se refere às circunstâncias debilitadoras, com probabilidade de induzir sofrimento e restringir a capacidade adaptativa do indivíduo frente a adversidades futuras. Os conceitos de *vulnerabilidade* e *mecanismos protetores* têm como característica definidora essencial a modificabilidade da resposta da pessoa à situação de risco. Assim, ela requer alguma forma de intensificação (vulnerabilidade) ou melhora (proteção) da reação a um fator que em

circunstâncias ordinárias leva a um resultado desadaptativo. O conceito de mecanismos protetores deriva da noção de *resiliência*, termo usado para descrever o pólo positivo do fenômeno das diferenças individuais nas respostas das pessoas ao *estresse* e à adversidade (RUTTER, 1990).

Portanto, o conceito de tarefas de desenvolvimento pode ser compreendido em uma perspectiva dinâmica e possibilita definir os fatores de risco e proteção de acordo com a etapa de desenvolvimento. Para Erikson (1976), o desenvolvimento do indivíduo ocorre através das crises específicas de cada etapa, que se dão a partir das necessidades internas e externas do indivíduo, considerando-se a cultura na qual está inserido. O desempenho satisfatório ou não em cada etapa pode influenciar as demais. Nessa perspectiva cada período do desenvolvimento é considerado sensível a certas influências.

A meninice é um período sensível à experiência da vida escolar. A criança, que terá pela frente os desafios inerentes a este momento, com ênfase em seu processo de aprendizagem formal, necessita de sistemas de apoio, tais como a família, a escola, a relação com seus pares, a fim de apresentar um desempenho esperado (MARTURANO, 2004). Contudo, estudos mostram que um grande número de crianças vive a adversidade ambiental em seus contextos familiar e escolar, adversidade essa associada ao atraso escolar e a problemas de conduta (FERREIRA; MARTURANO, 2002) e, conseqüentemente, a prejuízo no desenvolvimento de uma forma geral.

A dificuldade de aprendizagem, portanto, pode ser compreendida como uma condição de vulnerabilidade psicossocial ao longo do desenvolvimento (RUTTER, 1987). Esta dificuldade não é apenas do indivíduo, pois está relacionada a condições escolares, familiares e ambientais.

2. Dificuldades escolares e a busca por acompanhamento psicopedagógico

Muitas crianças encontram dificuldades escolares no período do ensino fundamental, pois esse é um período em que novas exigências lhes são atribuídas, como a aprendizagem de competências acadêmicas e o desenvolvimento de habilidades interpessoais para o relacionamento com professores e com seus pares. Estas exigências ficam mais difíceis de serem cumpridas quando a criança já apresenta um histórico de vulnerabilidade, o que acaba demandando um acompanhamento profissional especializado.

Em relação a esta demanda por acompanhamento, pesquisas mostram que existe uma grande procura de atendimentos para crianças e adolescentes com queixa escolar em clínicas que oferecem serviços gratuitos de saúde mental (SANTOS, 1990; BARBOSA; SILVARES; 1994; GRAMINHA; MARTINS, 1994; SALES, 1998; SCHOEN-FERREIRA; SILVA; AZNAR FARIAS; SILVARES, 2002). Dependendo da natureza de sua vinculação institucional, os serviços gratuitos de atendimento apresentam características próprias para o recebimento das crianças. Os que são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) recebem somente crianças encaminhadas por profissionais lotados em unidades do próprio sistema, impedindo as famílias de procurarem o serviço sem indicação profissional. Já em clínicas-escola, vinculadas as instituições de ensino superior, os pacientes procedem de diversas fontes da comunidade, denotando condição diferente na busca de acompanhamento (LINHARES; PARREIRA; MATURANO; SANT'ANNA, 1993; BARBOSA; SILVARES, 1994).

Em relação à clientela, pesquisas sugerem que crianças com queixa escolar efetivamente constituem um grupo com características clínicas, diferindo, em vários aspectos de seu funcionamento, em relação aos colegas com bom desempenho escolar e mesmo em relação aos colegas com desempenho pobre, cujas famílias não procuraram atendimento psicológico na comunidade (MATURANO; LINHARES; LOUREIRO; MACHADO, 1997;

D'ÁVILA-BACARJI; MARTURANO; ELIAS, 2005a). Trata-se, no entanto, de um grupo heterogêneo. Estudos mostram que crianças com dificuldade de aprendizagem diferem bastante entre si na dificuldade escolar apresentada, bem como nas alterações afetivas, comportamentais, cognitivas e motivacionais a ela relacionadas (LINHARES et al., 1993; BETTI; MARTURANO, 2006). Marturano, Linhares e Parreira (1993) encontraram, em uma pesquisa realizada, certa heterogeneidade de problemas, os quais, somados a um repertório de enfrentamento empobrecido, podem contribuir para processos de vulnerabilidade.

Pode-se observar também em certos casos a presença de indícios de relações deterioradas entre a criança e a família, mostrando que muitas vezes a criança pode tornar-se fonte de estresse, principalmente quando ela não recebe um adequado suporte familiar, uma vez que a própria família com frequência está precisando de apoio, como apontaram Marturano, Linhares e Parreira (1993).

Nesse contexto, conforme assinalam D'Ávila-Bacarji, Marturano e Elias (2005b), a busca de ajuda psicológica adquire um significado mais amplo que transcende a queixa escolar. É possível que essas famílias tenham expectativas de receber apoio para lidar com os problemas relacionais, provavelmente intensificados com a dificuldade acadêmica. E o prognóstico de crianças que agregam dificuldades pessoais nos relacionamentos a um padrão adverso de cuidados parentais justifica amplamente a ajuda psicológica nesses casos. O seguimento de crianças com queixas escolares mostra que é essa conjunção de desvantagens pessoais e familiares na infância o mais forte preditor de problemas de ajustamento e saúde mental na adolescência (SANTOS, 1999).

Desse modo, constata-se a necessidade de cuidados de saúde mental em uma parcela significativa de crianças com queixa escolar. Como citado anteriormente, existe uma alta demanda de crianças com queixa escolar em serviços públicos de assistência à saúde, principalmente vinculados à saúde mental. Demanda essa que não é plenamente suprida pelo

sistema. Contrastando com esse cenário, uma outra dificuldade relacionada à oferta de serviços dessa natureza é a elevada taxa de abandono das famílias a atendimentos psicológicos de um modo geral (KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; STOLAR; MARCIANO, 1995; KAZDIN, 1996; WIERZBICKI; PEKARIK, 1993).

3. O abandono em atendimentos psicológicos

O abandono em atendimentos psicológicos é um problema que merece atenção, uma vez que se observa que existe um considerável número de pessoas que se desvinculam de um atendimento que inicialmente se propuseram a seguir. A literatura mostra que isto tem afetado a prática clínica em vários aspectos e que pode decorrer tanto de fatores ligados especificamente ao serviço de atendimento, quanto de fatores relacionados aos próprios clientes.

Assim, é preciso considerar, como apontam Harpaz-Rotem, Leslie e Rosenheck (2004), que o acesso da criança ao atendimento não é garantia de permanência no mesmo. As famílias podem interromper o atendimento em qualquer fase, e o término em diferentes momentos parece estar associado a diferentes fatores (MARTURANO; DEGANI; ALVES; MIRANDA, 1993; LAI; PANG; WONG; LUM; LO, 1998; LUK; STAIGER; MATHAI; WONG; BIRLESON; ADLER, 2001).

Pekarik (1992) apontou em seu estudo que o abandono do atendimento infantil atinge proporções tão altas quanto o abandono em atendimentos de adultos, como observado em sua pesquisa em uma clínica pública de psicoterapia. Em se tratando da clientela infantil, estudos mostram que uma grande proporção tende a abandonar o atendimento em algum momento (LAI et al., 1998). De acordo com Luk et al. (2001) essa porcentagem varia de 28 a 75% e para Kazdin e Mazurick, (1994) varia de 30 a 60%.

No Brasil, Arcaro (1991) constatou, em sua pesquisa em um ambulatório de saúde mental, um número maior de abandonos do atendimento do que de altas. Santos (2005), ao caracterizar o atendimento em um serviço público de psicologia infantil, constatou que a taxa de abandono (49,6%) foi três vezes maior que a taxa de alta (16,3 %), sendo que 21,7% das famílias abandonaram o atendimento logo após a primeira consulta. Apesar de em nosso contexto as informações sobre abandono serem esparsas, outros levantamentos confirmam a alta incidência do fenômeno (SANTOS, 1990; MARTURANO; DEGANI; ALVES; MIRANDA, 1993; LHULLIER; NUNES ; HORTA, 2006).

Para o estudo do fenômeno abandono, deve-se levar em consideração a definição terminológica empregada, pois muitos podem ser os significados empregados para o termo *abandono*; divergências nas definições têm contribuído para achados inconsistentes. Como apontado por Kazdin; Stolar e Marciano (1995), o que pode ser considerado como abandono do atendimento em determinado estudo, pode não ser em outro, dificultando a comparação entre resultados de diferentes estudos. Portanto, uma definição prévia deste termo se faz necessária.

O abandono de um atendimento, de acordo com Pekarik (1992), é definido como *“término unilateral ou contra o conselho do terapeuta, considerando-se a necessidade de continuidade do tratamento até seu término”*. Para Kazdin e Mazurick (1994), abandono do atendimento é o *“término prematuro da terapia, baseado em uma decisão unilateral por parte dos pais ou família”*. Segundo Lai et al. (1998) e Luk et al. (2001), abandono é definido como *“término unilateral do tratamento sem o consentimento do clínico”* e o estágio em que o abandono ocorre também deve ser observado: aqueles que faltam ao retorno depois da entrevista inicial de avaliação formam o grupo de *abandono precoce*, enquanto que aqueles que fazem o seguimento ao menos uma vez antes de abandonarem, formam o grupo de *abandono tardio* e estes grupos de clientes são diferentes. Luk et al. (2001) dizem que a

perspectiva do clínico para a definição é a mais usada. Apontam que, na prática, abandono significa que a criança e a família perderam o compromisso e não retornaram para o atendimento, apesar do convite clínico. Essa definição, portanto, não engloba aqueles que abandonam o atendimento ainda na lista de espera.

Marturano, Degani, Alves e Miranda (1993) ainda fazem uma distinção entre desistência e abandono. A desistência ocorre na fila de espera após a inscrição, correspondendo ao não comparecimento à primeira consulta e o abandono se define pela ocorrência de duas faltas consecutivas, podendo ocorrer entre a primeira consulta e o início do diagnóstico, durante o diagnóstico ou durante o tratamento.

Como se observa, a definição do termo abandono é importante como delimitação para a pesquisa. Diferentes momentos de interrupção do atendimento denotam diferentes fatores a eles relacionados. Assim, delimitar o *abandono precoce* e o *abandono tardio*, como delimitar *desistência* e *abandono* permite uma busca mais precisa de diferentes características relacionadas a estes momentos.

Em relação às variáveis estudadas no fenômeno abandono, Wierzbicki e Pekarik (1993) definem, em seu estudo de meta-análise, quatro grandes blocos de variáveis recorrentes nas pesquisas. São elas: variáveis da criança, da família, sócio-demográficas e relacionadas ao tratamento.

Kazdin; Mazurick (1994); Kazdin; Mazurick; Siegel (1994); Lai et al. (1998); Luk et al. (2001) mostram, em seus estudos, que existem fatores preditivos ao abandono, usualmente focados em características da criança e da família que podem ser fatores de risco. Logo se faz necessário um aprofundamento dos mecanismos que favorecem ou desfavorecem a continuidade da criança em um atendimento, procurando aquilo que pode facilitar ou prejudicar sua permanência ou não no mesmo e as condições para lidar com as possíveis situações de estresse presentes em sua vida.

Ao compararem a disfunção clínica, ao final de um tratamento, entre crianças cujas famílias abandonaram o tratamento prematuramente e aquelas que o completaram, Kazdin et al. (1994) mostraram que as crianças que seguiram até o fim o tratamento apresentaram menos disfunção do que as que abandonaram, quando avaliadas em um período pós-tratamento.

Kazdin et al. (1995), em um estudo sobre fatores de risco preditivos ao abandono de atendimento, levantaram que estes fatores costumam ser diferentes quando comparados entre grupos étnicos. Comparando famílias brancas e negras, verificaram que os fatores de risco tinham maior incidência nas famílias negras, como as desvantagens socioeconômicas, por exemplo, o que levou a um maior número de abandonos, os quais, por sua vez, tendiam a ser mais precoces.

Brito, Kreniski, Medeiros, Motta, Degani, Parreira, Linhares e Marturano (1997), em pesquisa realizada em um ambulatório de psicologia infantil, encontraram que crianças cujas famílias abandonaram o atendimento tendiam a apresentar maior exposição a adversidades quando comparadas às que persistiram até a alta. Em relação à família, verificaram que as que apresentavam mais dificuldades tendiam a abandonar o atendimento, independentemente das dificuldades apresentadas pelas crianças.

Os resultados desses estudos sugerem relações diretas entre as características familiares das crianças e a persistência das mesmas em um atendimento.

4. Família e adesão ao atendimento

De acordo com a literatura, observa-se a existência de algumas características familiares que podem levar as famílias a descontinuarem o atendimento de suas crianças.

A estrutura familiar é uma característica levantada em estudos. Kazdin e Mazurick (1994) relatam maior abandono do atendimento em famílias de crianças adotadas, em comparação a famílias de crianças que vivem com seus pais biológicos. Por outro lado, Boggs; Eyberg; Edwards; Rayfield; Jacobs; Bagner; Hood (2004), Dierker; Nargiso; Wiseman; Hoff (2001) e Lai et al. (1998) não encontraram qualquer associação entre abandono do atendimento e variáveis como composição e tamanho familiar.

Uma variável de composição familiar que tem sido repetidamente associada ao abandono é a condição monoparental. Estudos apontam que famílias monoparentais tendem a ser uma condição preditora de abandono do tratamento (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; CAMPBELL; BAKER; BRATTON, 2000; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN et al., 1995; KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997 e KENDALL; SUGARMAN, 1997). Armbruster e Schwab-Stone (1994), ao fazerem uma distinção entre abandono precoce e tardio, mostraram que pais solteiros tendem a abandonar o atendimento precocemente, já no período de avaliação, muito mais do que no período do atendimento propriamente.

Estudos também relatam que famílias com mães jovens têm maior probabilidade de abandonar o atendimento (CAMPBELL et al., 2000; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997 e LUK et al., 2001).

O abandono do atendimento infantil pelas famílias tem sido associado também a variáveis como grupo étnico e condições sócio-econômicas. Alguns estudos encontraram que pertencer a uma minoria étnica, assim como se encontrar em desvantagem sócio-econômica está associado positivamente com menor adesão (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994;

KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN et al., 1995; KAZDIN; STOLAR; MARCIANO, 1995 e KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997).

Outra característica apontada nos estudos é o nível educacional materno que pode ser um indicador de nível socioeconômico (BRADLEY; CORWYN, 2002). Campbell et al. (2000); Kazdin (1994); Kendall; Sugarman (1997); Luk et al. (2001) e McCabe (2002) referem o baixo nível educacional materno como uma condição preditora de abandono do atendimento.

Ainda, é possível encontrar associação entre o abandono de um atendimento e as seguintes variáveis: alto nível de estresse nos eventos de vida, práticas familiares inadequadas de educação, presença de comportamento anti-social nas crianças (LUK e cols, 2001), psicopatologia dos pais (KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN et al., 1995; KAZDIN; WASSELL, 2000; LAU; WEIZS, 2003); motivação e expectativa dos mesmos frente ao atendimento (BOGGS et al., 2004; KAZDIN; HOLLAND; CROWLEY, 1997; KAZDIN; WASSELL, 2000; PRINZ; MILLER, 1994; GARCIA; WEISZ, 2002; LUK et al., 2001; McCABE, 2002; PEKARICK, 1992).

McCabe (2002), em sua pesquisa sobre abandono do atendimento infantil pelas famílias, levantou as seguintes condições associadas ao abandono do atendimento: pais com baixo grau de instrução e que se sentiam aptos a resolverem eles próprios os problemas de saúde mental dos filhos; pais que sentiam que os problemas emocionais e comportamentais dos filhos poderiam ser resolvidos através de uma disciplina mais severa; e pais que percebiam barreiras no atendimento e esperavam que seus filhos se recuperassem rapidamente.

Harpaz-Rotem et al. (2004) levantam como características preditivas ao abandono do atendimento o fato de os pais estarem mais interessados em intervenções rápidas para o momento de crise, do que em intervenções mais longas, assim como apontam para a

necessidade de compreender as crenças e atitudes dos pais frente a um atendimento e sua capacidade para entender as necessidades físicas e emocionais de seus filhos.

Como se pode observar, a expectativa dos pais sobre o atendimento infantil influencia o caminho que este seguirá. Pais com expectativas menos favoráveis tendem a abandonar o atendimento de seus filhos com mais frequência (SHUMAN; SHAPIRO, 2002).

Como assinalam Marturano, Elias e Campos (2004), em se tratando de crianças com queixa escolar, a persistência no atendimento denota empenho da família em fazer uso de um recurso da comunidade para dar apoio à criança na superação das dificuldades pelas quais está passando. Em famílias que enfrentam situações adversas como pressão financeira, a capacidade de buscar e utilizar o suporte disponível na comunidade é um fator de proteção que promove o desenvolvimento saudável da criança, mesmo em condições adversas (LEVENTHAL; BROOKS-GUNN, 2000). Desse modo, pode-se supor que famílias que persistem no atendimento psicopedagógico até a alta apresentam mais recursos de proteção ao desenvolvimento da criança, em comparação com as que desistem do atendimento ou o interrompem precocemente (MARTURANO; ELIAS; CAMPOS, 2004).

Altas taxas de abandono têm implicações importantes em comunidades onde a oferta de serviços de saúde mental está aquém da demanda. Essa é uma realidade em países em desenvolvimento (LAI et al., 1998). Desse modo, é necessário identificar o perfil de famílias com maior ou menor probabilidade de interrupção do atendimento, de tal modo que se possam otimizar os recursos disponíveis e também delinear medidas que aumentem a probabilidade de retenção das famílias no atendimento.

II. OBJETIVO

De acordo com estas considerações, propôs-se um estudo retrospectivo, cujo objetivo geral é identificar fatores de risco para desistência e fatores de risco para abandono de um atendimento psicopedagógico, bem como fatores protetivos para a continuação do mesmo.

O objetivo específico deste trabalho é identificar características que podem constituir fatores de risco para desistência e abandono do atendimento ou condições facilitadoras da continuação do mesmo em famílias de crianças que permaneceram no atendimento psicopedagógico até a alta e famílias de crianças que interromperam o atendimento em algum momento após a primeira consulta.

III. MÉTODO

1. Contexto da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este ambulatório atende crianças com idade entre seis e 11 anos, com queixa de dificuldade escolar, encaminhadas por profissionais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto e região.

O Ambulatório, além do atendimento psicopedagógico às crianças, faz orientação aos pais das mesmas.

Esta instituição destina-se também ao ensino e à pesquisa, sendo campo de estágio para profissionais em treinamento nos cursos de aprimoramento em Psicopedagogia e Psicologia do Desenvolvimento na Área da Saúde do HCFMRP.

1.1 *Fluxo do atendimento*

Os pais ou responsáveis da criança encaminhada ao Ambulatório de Psicologia Infantil, ao entrarem em contato com o mesmo, fornecem dados gerais de identificação e inscrevem-se em uma lista de espera.

Posteriormente é agendado um atendimento, denominado *primeira consulta*, em que uma das psicólogas do serviço realiza uma entrevista com a mãe ou responsável, uma sondagem com a criança e uma devolução final à mãe.

A entrevista com a mãe é semi-estruturada e tem como objetivo investigar a queixa escolar que a levou à procura do atendimento, bem como identificar recursos e adversidades da família e recursos e dificuldades da criança. Nesta entrevista, levantam-se também informações sobre saúde, alimentação, habilidades de vida diária e rotinas, desenvolvimento neuro-psico-motor da criança e estrutura e dinâmica familiar.

Durante a sessão com a criança, faz-se uma sondagem do potencial intelectual e do nível de leitura e escrita. A avaliação do nível intelectual é feita com o Teste de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e a sondagem de leitura e escrita é feita por meio de desenho livre, escrita sobre o desenho e leitura da produção; para avaliar o nível da leitura são utilizados também livros de histórias infantis.

Quando na primeira consulta é confirmada a queixa, a criança é encaminhada para uma *avaliação*, mediante agendamento. O conteúdo dessa avaliação é planejado de acordo com as características de cada caso, atendendo também a demandas de treinamento do aprimorando que irá conduzir a avaliação.

Após a avaliação, agenda-se o início da *intervenção*, momento em que a criança passa a receber apoio psicopedagógico individual ou em grupo, semanalmente. O contrato verbal inicial com a família é válido até o final do semestre escolar, podendo ser renovado. O limite de cada renovação é sempre o final de um semestre letivo, em julho ou dezembro. A duração mais freqüente desta fase de intervenção é de dois semestres escolares.

Em suma, a *primeira consulta* ocorre após a inscrição no serviço e é anterior à *avaliação* e ao início da *intervenção*.

O Ambulatório de Psicologia Infantil norteia-se pela abordagem desenvolvimentista em seus atendimentos ao avaliar aspectos comportamentais, cognitivos e emocionais da criança e os recursos e adversidades de sua família.

2. Fonte de dados

A pesquisa foi realizada utilizando-se dados colhidos durante estudos feitos anteriormente no Ambulatório de Psicologia Infantil. Foram utilizados dados de 258 registros, que se referem a crianças de ambos os sexos, as quais passaram pela *primeira consulta* no

Ambulatório de Psicologia Infantil do HCFMRP-USP entre os anos de 1999 e 2002. Estas crianças se enquadraram nos pré-requisitos do serviço, ou seja, apresentaram queixa de dificuldades no desempenho escolar, estavam na faixa etária de seis anos a 11 anos incompletos, estavam cursando da pré-escola a 4^a série do ensino fundamental, residiam em Ribeirão Preto ou região administrativa, foram encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde, não estavam sendo acompanhadas por outros serviços públicos (Psicologia, Pedagogia ou Psiquiatria) e não eram portadoras de deficiência mental, física ou sensorial grave.

Foram excluídas da pesquisa crianças cujas famílias não compareceram à *primeira consulta*, ou seja, desistiram na lista de espera, as que foram encaminhadas a outros serviços ou tiveram seus casos resolvidos na *primeira consulta* e as que se encontravam em atendimento por ocasião do levantamento dos casos elegíveis para o estudo.

2.1 Formação dos grupos

A formação dos grupos foi precedida por uma verificação do nível intelectual como uma possível variável confundidora – aquela terceira variável que responde por uma aparente associação entre duas variáveis não associadas de fato. Dado o motivo de encaminhamento – dificuldade no aprendizado escolar¹ – a hipótese levantada foi de que as crianças com resultados inferiores na avaliação intelectual poderiam ter um progresso mais lento e, portanto, tenderiam a ficar mais tempo no serviço; conseqüentemente, pelo simples fato de permanecerem mais tempo vinculadas ao serviço, suas famílias teriam maior probabilidade de interromper o atendimento antes da alta, em relação às famílias das crianças com resultados mais favoráveis, que supostamente receberiam alta mais cedo. Se esse raciocínio fosse verdadeiro, então variáveis da família e da criança, correlacionadas com nível intelectual, poderiam aparecer nas análises como (falsos) preditores de abandono do tratamento.

¹ Motivo registrado na guia de referência do SUS. Não foi possível identificar as queixas específicas de cada criança porque não se teve acesso à entrevista da primeira consulta.

Para verificar se o nível intelectual da criança tinha essa suposta associação negativa com a duração do atendimento, foram utilizados os resultados do *Teste das Matrizes Progressivas Coloridas – Raven (Escala Especial)*. Foram feitas correlações entre o percentil obtido no Raven e o tempo de espera entre a primeira consulta e o início do atendimento e entre o percentil obtido no Raven e o tempo de duração do atendimento. O tempo foi contabilizado em dias. Verificou-se que os resultados das correlações não foram significativos ($p > 0,05$), o que descartou a hipótese inicial levantada de o nível intelectual ser uma variável confundidora.

Três condições de encerramento do atendimento foram consideradas na composição dos grupos: (1) alta clínica, que consistiu no seguimento da intervenção até seu encerramento, decidido mediante consenso entre o profissional encarregado do atendimento e os responsáveis pela criança; (2) desistência, entendida como o não comparecimento à intervenção prescrita, antes de esta ser iniciada, por decisão unilateral dos pais ou responsáveis, sem a concordância do profissional; (3) abandono, ou seja, interrupção unilateral do atendimento, por parte dos pais ou responsáveis, sem a concordância do profissional, depois de iniciada a intervenção.

Foram assim formados três grupos. O Grupo Desistente ($n = 41$), que não chegou a iniciar a intervenção, composto por cinco crianças cujas famílias desistiram logo após a primeira consulta, oito crianças cujas famílias desistiram durante o período de avaliação e 28 crianças cujas famílias desistiram após a avaliação, todas, portanto, tendo em comum o não início da intervenção prescrita; o Grupo Abandono ($n = 107$) com as crianças cujas famílias interromperam o atendimento durante a intervenção; o Grupo Alta Clínica ($n = 110$), com crianças que passaram por toda a intervenção e obtiveram alta.

Para uma melhor visualização segue-se na figura abaixo uma ilustração dos grupos em porcentagem:

Figura 1: Composição da amostra de acordo com o desfecho do atendimento.

O grupo Abandono é um tanto heterogêneo quanto ao tempo de permanência das crianças no atendimento. Dos 107 registros referentes a essas crianças, 53 apresentam os dados referentes ao tempo de permanência na intervenção, variando de 7 a 946 dias (mediana = 265). Agrupando-se esses casos em períodos cumulativos de 90 dias, obtém-se a seguinte distribuição de porcentagens: tempo de permanência até 90 dias = 19%; tempo de permanência entre 91 e 180 dias = 15%; tempo de permanência entre 181 e 270 dias = 19%; tempo de permanência igual ou superior a 271 dias = 47%. A Figura 2 ilustra a distribuição das crianças do grupo Abandono de acordo com o tempo de permanência na intervenção. Observa-se que quase a metade das famílias persistiu no atendimento por mais de nove meses, antes de abandoná-lo.

Figura 2: Distribuição dos casos do Grupo Abandono em função do tempo de permanência no atendimento (n = 53).

Em relação aos 110 registros referentes às crianças do Grupo Alta Clínica, 67 apresentam dados referentes ao tempo de permanência no atendimento. Seguindo o critério de tempo de permanência no atendimento descrito acima, foi possível agrupar as crianças em quatro momentos. A Figura 3 mostra esta distribuição. Observa-se que a maior parte dos atendimentos se prolongou por mais de nove meses antes da alta clínica.

Figura 3: Distribuição dos casos do Grupo Alta Clínica em função do tempo de permanência no atendimento (n = 67).

3. Materiais e instrumentos

Foram utilizadas informações sócio-demográficas e clínicas, das crianças e de suas famílias, obtidas durante a *primeira consulta* por uma das psicólogas do serviço. Os dados sócio-demográficos foram gerados pela ficha de inscrição do Ambulatório de Psicologia Infantil e por alguns itens da Escala de Eventos Adversos - EEA e do Inventário de Recursos do Ambiente Familiar - RAF. Os dados clínicos foram gerados por instrumentos específicos, descritos a seguir.

Dados da criança: nível intelectual e problemas de comportamento.

- *Teste das Matrizes Progressivas Coloridas – Raven (Escala Especial)*

Escala Especial para crianças, padronizada para o contexto brasileiro por Angelini, Alves, Custódio e Duarte (1987), que avalia a capacidade intelectual de crianças entre cinco e onze anos de idade através de atividades que envolvem a percepção.

- Escala Comportamental Infantil A-2 Rutter – ECI

Traduzida e adaptada por Graminha (1994), tem por objetivo obter uma avaliação do comportamento da criança feita pela mãe ou cuidador. No ambulatório é apresentada à mãe oralmente. A escala é composta por 36 itens divididos em três sub-escalas: saúde (composta por 8 itens), hábitos (composta por 7 itens) e comportamentos (composta por 21 itens). Fornece informações para dimensionar problemas de comportamento. O escore acima de 16 é considerado o índice que caracteriza as crianças que necessitam de ajuda profissional, segundo a percepção dos pais. Cada item é formado por uma afirmação breve, com três alternativas de respostas. A pontuação dos itens segue alguns critérios: quando a resposta é negativa é atribuído valor zero; quando a resposta se refere à ocorrência ocasional ou moderada do problema é atribuído valor um; quando a resposta é de aparecimento freqüente ou intenso do problema é atribuído valor dois. Deste modo, o escore máximo de uma criança na ECI pode chegar a 72.

Dados da família: recursos e adversidades

- Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF) - (ANEXO 1).

Instrumento elaborado por Marturano (1999) para sondagem dos recursos do ambiente familiar, com objetivo de obter informações sobre condições relevantes para o desempenho acadêmico com base em proposições de Kellaghan et al. (1993), Bradley et al. (1988) e Christenson (1990). Este instrumento é composto de três módulos: supervisão e organização das rotinas; oportunidades de interação com os pais; presença de recursos no ambiente físico. O módulo supervisão e organização das rotinas abrange os seguintes tópicos:

o que a criança faz quando não está na escola; ajuda e responsabilidade em tarefas domésticas; arranjo espaço-temporal para a lição de casa; supervisão para a escola; atividades diárias com horários definidos. O módulo oportunidades de interação com os pais compreende: passeios proporcionados/compartilhados com os pais; atividades desenvolvidas em conjunto entre os pais e a criança no lar; ocasiões em que a família está reunida; pessoas a quem a criança recorre para pedir ajuda ou conselho. O módulo presença de recursos no ambiente físico inclui: atividades programadas que a criança realiza regularmente; disponibilidade de livros; disponibilidade de jornais/revistas; ofertas de brinquedos e outros materiais de desenvolvimento. Inclui ainda questões adicionais relativas à composição familiar e um indicador sócio-econômico, que relaciona 14 itens de conforto disponíveis na moradia, como aparelhos eletrodomésticos e eletroeletrônicos, computador e veículos, entre outros².

O instrumento foi testado quanto a sua fidedignidade, por meio do procedimento teste - reteste, obtendo-se índices de estabilidade de 100%, 99% e 92%, entre aplicações feitas com 20 dias de intervalo (SANTOS, 1999). D'Avila Bacarji (2004) obteve para o RAF um coeficiente de consistência interna igual a 0,76 (alfa de Cronbach).

- *Escala de Eventos Adversos (EEA)* - (ANEXO 2).

Composta por 36 itens descritivos de eventos adversos que podem ter ocorrido nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida pessoal, familiar e escolar da criança. Atribui-se um ponto para a ocorrência recente e um ponto para a ocorrência passada, de modo que o escore em cada item pode variar de zero a dois e o escore total de zero a 72 (FERREIRA; MARTURANO, 2002). Em um procedimento teste - reteste com três mães para verificação da

² O número de pessoas na casa e o indicador socioeconômico foram utilizados como informações sócio-demográficas.

fidedignidade obtiveram-se índices de 100%, 97% e 94% de estabilidade entre aplicações feitas com 20 dias de intervalo (SANTOS, 1999).

4. Procedimento

4.1 Composição das planilhas

As planilhas de dados utilizadas nesta pesquisa foram formadas a partir de planilhas pré-existent de pesquisas anteriores. Foram seguidos os critérios de inclusão de participantes descritos no item *Fonte de dados*, totalizando 258 registros.

4.2 Análises de dados

As análises estatísticas foram feitas no programa SPSS v. 13 e foi adotado o índice de significância de $p \leq 0,05$. As análises tiveram como propósito obter uma comparação entre os indicativos de recursos e de adversidades das crianças e das famílias, considerando-se o *risco de desistência* e o *risco de abandono* do atendimento.

Em um primeiro momento, foi investigado o *risco de desistência*, comparando-se famílias desistentes (Grupo Desistente) com famílias não desistentes (Grupo Alta Clínica + Grupo Abandono); posteriormente, foi investigado o *risco de abandono*, comparando-se, entre as famílias não desistentes, o Grupo Abandono com o Grupo Alta Clínica.

5. Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada sobre dados colhidos anteriormente no Ambulatório de Psicologia Infantil, nos projetos “*Solução de problemas interpessoais em crianças com dificuldades de aprendizagem*” (proc. CEP –HCFMRP nº 6148/99), “*A característica de sociabilidade como fator de proteção contra o risco de desadaptação psicossocial*” (proc.

HC-FMRP nº 4924/2000), “*O ambiente familiar de crianças referidas para atendimento psicológico por dificuldades escolares – um estudo comparativo com alunos não referidos*” (proc. CEP-HCFMRP nº 3283/2002) e “*Procura de atendimento psicológico por dificuldades escolares: um estudo das características da criança e seu ambiente de desenvolvimento*” (proc. CEP-HCFMRP nº 12459/2004). Como os participantes não foram identificados, foi obtida a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, de acordo com o Processo HCRP no. 3379 / 2006 (ANEXO 3).

IV. RESULTADOS

Nesta seção apresentam-se os resultados de dois conjuntos de comparações: (1) entre o Grupo Desistente (n = 41) e Grupo Não Desistente (n = 217); (2) no Grupo Não Desistente, comparação entre o Grupo Abandono (n = 107) e o Grupo Alta Clínica (n = 110). Para cada conjunto de comparações, os dados foram analisados em três blocos, a saber: a) variáveis sócio-demográficas; b) variáveis clínicas da criança; c) variáveis ambientais (recursos e adversidades das famílias).

Para essas comparações, utilizou-se o Teste *t* de Student para amostras independentes, exceto quando as variáveis eram categóricas; neste caso, foi usado o Teste Exato de Fisher.

Como complementação da análise descrita acima, foram feitas correlações entre as variáveis escolaridades dos pais e os escores do RAF, por meio do teste de correlação de Pearson.

Como forma de verificar se a diferença de tempo de permanência no atendimento entre os participantes do Grupo Abandono e do Grupo Alta Clínica teria alguma relação com as variáveis do estudo em questão, foram realizadas correlações, separadamente para cada grupo, entre tempo de permanência no atendimento e as variáveis do estudo. As correlações, obtidas por meio do teste de correlação de Pearson, são apresentadas no item 2.5, no segundo conjunto de comparações (entre Grupo Abandono e Grupo Alta Clínica).

1. Comparação entre o *Grupo Desistente* e o *Grupo Não Desistente*

1.1 Resultados referentes às variáveis sócio-demográficas

Os resultados referentes às variáveis sócio-demográficas são apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3. O Escore total nível sócio-econômico refere-se aos bens de consumo da família, investigados em um tópico à parte no Inventário de Recursos do Ambiente Familiar.

Tabela 1 – Resultados da comparação entre o Grupo Desistente e o Grupo Não Desistente em relação aos dados sócio-demográficos.

Variável	Grupos				
	Desistente (n = 41)		Não Desistente (n = 217)		t
	Média	DP	Média	DP	
Idade da criança em anos	9,10	1,38	9,29	1,19	0,93
Série em anos	2,15	0,85	2,48	0,96	2,27 ^a
Escolaridade da mãe em anos	6,98	3,11	6,61	3,54	-0,62
Idade da mãe em anos	35,24	6,47	35,32	7,04	0,07
Escolaridade do pai em anos	6,45	4,09	6,21	3,41	-0,39
Idade do pai em anos	37,78	6,68	37,66	7,08	-0,10
Número de pessoas que moram na casa	4,93	1,52	4,71	1,54	0,83
Escore total nível sócio-econômico	4,25	1,41	4,00	1,44	1,00

^a $p \leq 0,05$

Tabela 2 – Resultados da comparação entre o Grupo Desistente e o Grupo Não Desistente em relação à situação ocupacional e estado civil da mãe.

Variável	Grupos		p*
	Desistente (%)	Não Desistente (%)	
<i>Situação ocupacional da mãe</i>			
Trabalha fora	49	48	1,00
<i>Situação conjugal da mãe</i>			
União estável	75	67	0,36

* Teste Exato de Fisher

Tabela 3 – Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos itens do RAF que se referem à composição familiar.

Variável	Grupos		p*
	Desistente (%)	Não Desistente (%)	
<i>Composição familiar</i>			
Criança mora com mãe e pai biológicos	73	66	0,47
Criança mora com mãe biológica	10	19	0,18
Criança mora com mãe biológica e pai substituto	2	8	0,32
Criança mora com pais adotivos	7	4	0,39
Criança mora com outros	7	4	0,41

* Teste Exato de Fisher

Verificou-se, em relação às variáveis sócio-demográficas, que apenas o menor tempo de escolaridade foi indicador de risco para desistência, com uma diferença significativa entre os grupos: o Grupo Desistente apresentou menor tempo de escolaridade que o Grupo Não Desistente. As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas.

1.2 Resultados referentes às variáveis clínicas da criança

Os resultados referentes ao teste de Raven, considerando o percentil, e à Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI), considerando o Escore Total e os Escores Parciais, são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação ao percentil do Raven e ECI.

Variável	Grupos				t
	Desistente (n = 41)		Não Desistente (n = 217)		
	Média	DP	Média	DP	
Raven	41,95	28,44	36,97	23,78	-1,19*
ECI áreas					
Saúde	2,85	1,74	3,44	2,15	1,62
Hábito	2,90	2,04	3,00	2,06	0,28
Comportamento	14,18	6,21	16,96	7,01	2,30 ^a
ECI - Escore Total	19,92	8,33	23,40	9,02	2,22 ^a

^a $p \leq 0,05$

* $p = 0,056$

Em relação ao Raven, verificou-se uma diferença marginalmente significativa entre os grupos. O Grupo Desistente apresentou percentil superior ao Grupo Não Desistente.

Quanto à ECI, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, tanto em relação ao Escore da área específica Comportamento, como em relação ao Escore Total, sendo que as crianças do Grupo Desistente apresentaram valores inferiores comparados

ao Grupo Não Desistente. Nos aspectos relativos à saúde e hábitos, o Grupo Desistente não se diferenciou significativamente do Grupo Não Desistente.

Foi realizada também a comparação dos grupos em relação aos itens que compõem a ECI com o objetivo de verificar a presença de diferenças significativas entre os grupos em questão, como mostra a Tabela 5.

Observou-se que em quatro itens houve diferenças significativas em relação aos grupos, sendo que o Grupo Desistente apresentou médias menores em relação aos itens “*Tem dor de estômago ou vômito*”, “*Criança impaciente, irrequieta*” e “*Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros*” e apresentou média maior em relação ao item “*Muitas vezes é desobediente*”, comparado ao Grupo Não Desistente.

Tabela 5 – Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos itens que compõem a ECI.

Variável	Grupos				t
	Desistente		Não Desistente		
	Média	DP	Média	DP	
<i>Saúde</i>					
Tem queixas de dor de cabeça	0,64	0,78	0,67	0,72	0,21
Tem dor de estômago ou vômito	0,13	0,41	0,34	0,59	2,67 ^b
Tem asma ou crises respiratórias	0,13	0,34	0,25	0,53	1,41
Faz xixi na cama ou nas calças	0,31	0,65	0,30	0,67	- 0,10
Faz cocô na roupa	0,10	0,45	0,05	0,26	- 0,95
Fica mal humorado e nervoso	1,21	0,77	1,44	0,75	1,73
Dá trabalho ao chegar na escola, recusa entrar	0,26	0,59	0,33	0,69	0,59
Mata ou enforca aula	0,08	0,35	0,07	0,33	- 0,07
<i>Hábitos</i>					
Gagueja	0,21	0,47	0,24	0,50	0,38
Dificuldade com a fala, além da gagueira.	0,38	0,67	0,40	0,60	0,13
Costuma pegar coisas dos outros às escondidas	0,15	0,43	0,17	0,46	0,21
Há dificuldade de alimentação	0,44	0,72	0,68	0,80	1,76
Há dificuldade de sono	0,79	0,77	0,70	0,77	-0,70
Tem medo de alguma coisa	0,72	0,79	0,65	0,82	-0,49
Apresenta algum movimento repetitivo	0,21	0,52	0,16	0,48	-0,52
<i>Comportamentos</i>					
Muito agitado, tem dificuldade em ficar sentado por muito tempo	1,10	0,85	1,25	0,87	0,99
Criança impaciente, irrequieta.	0,90	0,85	1,31	0,84	2,80 ^b
Destrói suas próprias coisas ou dos outros	0,38	0,67	0,80	0,92	3,26 ^b
Briga freqüentemente com outras crianças	0,49	0,76	0,58	0,77	0,65
Não é uma criança querida pelas outras crianças	0,41	0,71	0,32	0,65	-0,76
Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo	0,85	0,84	0,92	0,88	0,49
Tende a ser uma criança fechada, um tanto solitária	0,82	0,85	0,75	0,88	-0,45
Irritável, rapidamente perde as estribeiras	1,13	0,89	1,26	0,86	0,90
Freqüentemente tristonha, infeliz ou angustiada	0,54	0,76	0,64	0,77	0,74
Chupa freqüentemente os dedos	0,15	0,49	0,18	0,56	0,23
Rói freqüentemente as unhas ou dedos	0,33	0,74	0,58	0,87	1,81
Muitas vezes é desobediente	0,87	0,83	1,17	0,81	2,08 ^a
Não consegue permanecer em uma atividade por mais que alguns minutos	0,74	0,88	1,02	0,92	1,72
Tende a ter medo de coisas ou situações novas	0,49	0,82	0,67	0,85	1,25
É difícil, complicada ou muito particular	0,62	0,81	0,64	0,84	0,18
Muitas vezes fala mentira	0,56	0,75	0,66	0,75	0,75
Maltrata outras crianças	0,18	0,45	0,26	0,57	0,87
Fala palavrões	0,33	0,58	0,45	0,71	1,06
É uma criança muito agarrada a mãe	1,33	0,87	1,38	0,84	0,34
Fica acanhada, tímida e se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas	0,97	0,87	0,95	0,89	-0,13
É insegura e não tem confiança em si mesma	0,97	0,84	1,16	0,89	1,17

^a $p \leq 0,05$

^b $p \leq 0,01$

1.3 Resultados referentes às variáveis ambientais

Em relação aos recursos do ambiente familiar, foram comparados os escores dos três módulos do inventário RAF: supervisão e organização das rotinas; oportunidades de interação com os pais; presença de recursos no ambiente físico e os escores dos tópicos que compõem estes módulos. A Tabela 6 mostra os resultados obtidos na comparação entre o Grupo Desistente e o Grupo Não Desistente. Na leitura da tabela, é importante lembrar que todos os escores, exceto o escore total do RAF, foram transformados de modo que o valor máximo possível em cada módulo e em cada tópico é 10.

Tabela 6 – Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação aos escores do RAF.

Módulo/tópicos	Grupos				t
	Desistente		Não Desistente		
	Média	DP	Média	DP	
<i>Supervisão e organização de rotinas</i>	5,25	1,41	5,56	1,47	-1,22
Ajuda em tarefas domésticas	3,66	3,36	3,96	3,11	-0,57
Atividades diárias com horários regulares	6,71	2,53	6,97	2,57	-0,16
Diversidade de atividades no tempo livre	6,06	1,78	5,81	2,03	0,74
Local e horário para a lição de casa	3,33	2,58	3,69	2,38	-0,86
Supervisão de trabalho escolar	6,51	2,38	7,05	1,48	-1,39
<i>Oportunidade de interação com os pais</i>	4,43	1,28	4,09	1,17	1,65
Atividades realizadas com os pais em casa	5,79	2,49	5,32	2,38	1,13
Momentos em que a família se reúne	6,56	2,57	6,03	2,20	1,40
Passeios realizados nos últimos 12 meses	3,88	2,08	3,15	1,83	1,15
Pessoas a quem a criança pede ajuda	1,49	0,64	1,52	0,69	-0,23
<i>Presença de recursos no ambiente físico</i>	3,69	1,55	3,48	1,34	0,86
Atividades programadas regulares	0,54	0,75	0,85	0,82	-2,22 ^a
Diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento	5,74	2,23	5,42	2,09	0,88
Diversidades de livros	4,63	2,02	4,58	2,08	0,15
Diversidades de revistas e jornais	2,35	1,53	2,23	1,75	0,38
Escore Total RAF	56,4	14,18	56,0	13,58	0,17

^a $p \leq 0,05$

Verificou-se que o escore correspondente às atividades programadas da criança apresentou diferença significativa entre os grupos. O Grupo Desistente apresentou menor média de atividades programadas que o Grupo Não Desistente.

Foram também comparados os itens que compõem o Escore Total das atividades programadas da criança. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 7.

Tabela 7 - Resultados da comparação entre grupos Desistente e Não Desistente em relação aos itens que compõem o tópico Atividades Programadas da Criança.

Variável	Grupos		p*
	Desistente (%)	Não Desistente (%)	
<i>Atividades programadas da criança</i>			
Faz catecismo, estudos bíblicos, evangelização.	17	34	0,04
Freqüenta núcleo municipal do bairro	10	6	0,49
Pratica esportes em clubes, academias, ginásios.	15	12	0,80
Freqüenta aulas de atividades artesanais	0	2	1,00
Faz aulas de piano, violão, ou outro instrumento	0	2	1,00
Freqüenta algum programa de atividades (Curumin)	0	1	1,00
Faz inglês	2	1	0,30
Faz computação	2	2	0,58
Faz outras atividades	2	17	0,01

* Teste Exato de Fisher

Verificou-se que o Grupo Não Desistente apresenta mais crianças envolvidas com atividades programadas relacionadas a estudos religiosos e outras atividades, que o Grupo Desistente.

Em relação à EEA, foram analisados apenas os escores dos eventos adversos recentes, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Resultados da comparação entre os grupos Desistente e Não Desistente em relação à EEA.

Variável	Grupos				
	Desistente		Não Desistente		t
	Média	DP	Média	DP	
Instabilidade financeira	1,43	1,97	1,20	1,70	-0,78
Adversidade parental	0,35	0,63	0,26	0,67	-0,82
Adversidade associada a condutas parentais	0,20	0,81	0,20	0,79	0,06
Outras adversidades	0,54	0,71	0,42	0,71	-0,93
Eventos adversos na vida pessoal da criança	0,00	0,00	0,03	0,16	2,48 ^a
Eventos adversos na vida escolar da criança	1,23	1,61	1,25	1,63	0,08
Problemas nas relações interpessoais	0,47	1,02	0,38	0,96	-0,56
Perdas	0,10	0,30	0,12	0,36	0,33
Total de eventos adversos recente	0,74	0,54	0,64	0,53	-1,09

^a $p \leq 0,05$

Foi encontrada diferença significativa entre os grupos apenas no escore de eventos adversos recentes que incidem diretamente na vida pessoal da criança. Este item inclui eventos referentes à hospitalização e enfermidade grave da criança e acidente com seqüela. O Grupo Não Desistente apresentou maior ocorrência destas adversidades, comparado ao Grupo Desistente.

1.4 Análise complementar³

Foram realizadas análises de correlações entre a escolaridade dos pais e os itens referentes aos módulos do RAF e aos tópicos que os compõem, para cada grupo separadamente.

A Tabela 9 apresenta os resultados significativos encontrados, através do coeficiente r de correlação de Pearson para cada grupo.

³ Esta análise foi sugerida no Exame Geral de Qualificação.

Tabela 9 – Resultados das correlações entre escolaridade dos pais e variáveis ambientais nos grupos Desistente e Não Desistente.

Módulo/tópicos	Grupos			
	Desistente	Não desistente	Desistente	Não Desistente
	Escolaridade da mãe		Escolaridade do pai	
<i>Supervisão e organização de rotinas</i>	0,32*	0,15*	0,40*	Ns
Ajuda em tarefas domésticas	ns	ns	ns	Ns
Atividades diárias com horários regulares	ns	0,25**	ns	0,16*
Diversidade de atividades no tempo livre	ns	0,15*	ns	0,22**
Local e horário para a lição de casa	ns	ns	0,36*	Ns
Supervisão de trabalho escolar	0,40**	0,16*	0,42**	0,17*
<i>Oportunidade de interação com os pais</i>	ns	0,18**	0,45**	0,28**
Atividades realizadas com os pais em casa	ns	ns	ns	0,18*
Momentos em que a família se reúne	ns	ns	0,33*	Ns
Passeios realizados nos últimos 12 meses	ns	0,24**	0,49**	0,40**
Pessoas a quem a criança pede ajuda	ns	ns	ns	Ns
<i>Presença de recursos no ambiente físico</i>	ns	0,31**	ns	0,41**
Atividades programadas regulares	ns	0,15*	ns	0,20**
Diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento	0,38*	0,31**	0,50**	0,36**
Diversidades de livros	0,45**	0,35**	0,44**	0,44**
Diversidades de revistas e jornais	ns	ns	0,36*	0,17*
Escore Total RAF	0,39*	0,31**	0,53**	0,34**

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

Uma dificuldade para comparar os resultados dos dois grupos é a diferença no número de participantes, que influi na probabilidade de se obterem resultados significativos (quanto maior o N, maior a probabilidade de se detectar uma associação significativa entre duas variáveis) e também torna os valores nominais dos coeficientes não comparáveis entre os grupos. Com essas limitações em mente, os resultados comentados no texto são apenas aqueles nos quais os grupos apresentaram diferentes níveis de significância (menos significativo *versus* mais significativo ou $p \leq 0,05$ *versus* $p \leq 0,01$).

O Grupo Desistente apresentou correlações positivas, seguindo a ordem decrescente, entre escolaridade materna e as seguintes variáveis: diversidades de livros; supervisão de

trabalho escolar; escore total RAF; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento e supervisão e organização de rotinas.

Neste grupo foram encontradas também correlações positivas entre escolaridade do pai e: escore total RAF; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; passeios realizados nos últimos 12 meses; oportunidade de interação com os pais; diversidades de livros; supervisão de trabalho escolar; supervisão e organização de rotinas; local e horário para a lição de casa; diversidade de revistas e jornais e momentos em que a família se reúne, em ordem decrescente, respectivamente.

O Grupo Não Desistente apresentou correlações positivas entre escolaridade materna e as seguintes variáveis: presença de recurso no ambiente físico; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; escore total RAF; atividades diárias com horários regulares; passeios realizados nos últimos 12 meses; oportunidade de interação com os pais; supervisão do trabalho escolar; supervisão e organização de rotinas; diversidade de atividades durante o tempo livre e atividades programadas regulares das crianças, respectivamente em ordem decrescente.

No Grupo Não Desistente foram encontradas correlações positivas entre escolaridade paterna e: diversidades de livros; presença de recurso no ambiente físico; passeios realizados nos últimos 12 meses; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; escore total RAF; oportunidade de interação com os pais; diversidade de atividades durante o tempo livre; atividades programadas regulares das crianças; atividades realizadas junto com os pais em casa; supervisão de trabalho escolar; diversidade de revistas e jornais e atividades diárias com horários regulares, em ordem decrescente, respectivamente.

Como indicam os resultados na tabela, foi encontrado um maior número de correlações no Grupo Não Desistente (23) que no Grupo Desistente (15).

O Grupo Não Desistente, comparado ao Grupo Desistente, apresentou maiores correlações entre escolaridade dos pais e atividades diárias com horários regulares; diversidade de atividades no tempo livre; presença de recursos no ambiente físico e atividades programadas regulares. Apresentou maiores correlações entre escolaridade da mãe e oportunidade de interação com os pais e passeios realizados nos últimos 12 meses e escolaridade do pai e atividades realizadas com o pai em casa.

O Grupo Desistente apresentou maiores correlações entre escolaridade do pai e: escore total do RAF; supervisão e organização de rotinas; local e horário para a lição de casa; momentos em que a família se reúne e diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento, comparado ao grupo Não Desistente. O grupo Desistente apresentou também maiores correlações entre escolaridade dos pais e supervisão do trabalho escolar.

Ambos os grupos assemelharam-se em relação às correlações entre escolaridade dos pais e diversidades de livros.

2. Comparação entre o *Grupo Abandono* e o *Grupo Alta Clínica*

2.1 Resultados referentes às variáveis sócio-demográficas

Os resultados referentes às variáveis sócio-demográficas são apresentados nas Tabelas 10, 11 e 12.

Tabela 10 – Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação aos dados sócio-demográficos.

Variável	Grupos				t
	Abandono		Alta Clínica		
	(n = 107)		(n = 110)		
	Média	DP	Média	DP	
Idade da criança em anos	9,09	1,21	9,49	1,15	2,47 ^a
Série em anos	2,33	0,91	2,64	1,00	2,38 ^a
Escolaridade da mãe em anos	6,29	3,39	6,92	3,37	1,31
Idade da mãe em anos	34,02	6,34	36,58	7,46	2,66 ^b
Escolaridade do pai em anos	5,69	2,92	6,68	3,75	2,01 ^a
Idade do pai em anos	36,35	6,70	38,85	7,24	2,44 ^a
Número de pessoas que moram na casa	4,65	1,65	4,76	1,43	0,52
Escore total nível sócio-econômico	3,84	1,28	4,16	1,56	1,68

^a $p \leq 0,05$

^b $p \leq 0,01$

Tabela 11 – Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação à situação ocupacional e estado civil da mãe.

Variável	Grupos		p*
	Abandono (%)	Alta Clínica (%)	
<i>Situação ocupacional da mãe</i>			
Trabalha fora	45	52	0,34
<i>Situação conjugal da mãe</i>			
União estável	63	71	0,25

* Teste Exato de Fisher

Tabela 12 – Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos itens que se referem à composição familiar.

Variável	Grupos		p*
	Abandono (%)	Alta Clínica (%)	
<i>Composição familiar</i>			
Criança mora com mãe e pai biológicos	61	71	0,12
Criança mora com mãe biológica	23	14	0,12
Criança mora com mãe biológica e pai substituto	10	5	0,21
Criança mora com pais adotivos	3	5	0,72
Criança mora com outros	3	5	0,50

* Teste Exato de Fisher

Verificou-se que os grupos apresentaram diferenças significativas em relação às seguintes variáveis sócio-demográficas: idade da criança, série da criança, idade da mãe e do pai e escolaridade do pai. O Grupo Abandono, em relação ao Grupo Alta Clínica, apresentou menor tempo de escolaridade, menores médias em relação a idade das crianças e dos pais e escolaridade do pai. As demais variáveis não apresentaram diferenças significativas.

2.2 Resultados referentes às variáveis clínicas da criança

Os dados clínicos das crianças foram comparados entre os grupos Abandono e Alta Clínica e os resultados encontrados são apresentados na Tabela 13. Foram considerados o percentil do Raven e o Escore Total e os Escores Parciais da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI).

Tabela 13- Resultados da comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica em relação ao percentil do Raven e ao ECI.

Variável	Grupos				t
	Abandono (n = 107)		Alta Clínica (n = 110)		
	Média	DP	Média	DP	
Raven	33,12	22,04	40,71	24,90	2,37 ^a
ECI áreas					
Saúde	3,43	2,25	3,45	2,07	0,06
Hábito	3,04	1,91	2,96	2,20	-0,28
Comportamento	16,78	6,37	17,13	7,61	0,35
ECI - Escore Total	23,25	7,95	23,54	9,99	0,22

^a $p \leq 0,05$

Os grupos apresentaram diferença significativa apenas em relação à variável nível intelectual. O Grupo Abandono, em relação ao Grupo Alta Clínica, apresentou mais prejuízo cognitivo.

Foram também comparados, entre os grupos, os itens que compõem a ECI, como mostra a Tabela 14.

Pode-se observar que os grupos diferiram em três itens de comportamento. O Grupo Abandono apresentou maior média no item “*Criança impaciente, irrequieta*” e menores médias nos itens “*Tende a ter medo ou receio de coisas novas ou situações novas*” e “*Fala palavrões*”, comparado ao Grupo Alta Clínica.

Tabela 14 – Resultados da comparação entre grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos itens que compõem a ECI.

Variável	Grupos				
	Abandono		Alta Clínica		
Saúde	Média	DP	Média	DP	t
Tem queixas de dor de cabeça	0,67	0,71	0,66	0,74	-0,10
Tem dor de estômago ou vômito	0,34	0,58	0,34	0,61	-0,00
Tem asma ou crises respiratórias	0,21	0,46	0,30	0,60	1,12
Faz xixi na cama ou nas calças	0,31	0,70	0,29	0,64	-0,20
Faz cocô na roupa	0,07	0,33	0,03	0,17	-1,12
Fica mal humorado e nervoso	1,43	0,77	1,44	0,75	0,07
Dá trabalho ao chegar na escola, recusa a entrar	0,32	0,69	0,34	0,70	0,21
Mata ou enforca aula	0,08	0,35	0,06	0,31	-0,48
Hábitos					
Gagueja	0,31	0,57	0,17	0,43	-1,81
Dificuldade com a fala, além da gagueira.	0,47	0,63	0,33	0,55	-1,72
Costuma pegar coisas dos outros às escondidas	0,16	0,42	0,18	0,50	0,38
Há dificuldade de alimentação	0,64	0,78	0,71	0,81	0,63
Há dificuldade de sono	0,71	0,73	0,70	0,79	-0,11
Tem medo de alguma coisa	0,59	0,80	0,70	0,83	0,97
Apresenta algum movimento repetitivo	0,17	0,48	0,15	0,48	-0,22
Comportamentos					
Muito agitado, tem dificuldade em ficar sentado por muito tempo	1,31	0,90	1,20	0,85	-0,80
Criança impaciente, irrequieta.	1,46	0,77	1,16	0,88	-2,25 ^a
Destroí suas próprias coisas ou dos outros	0,82	0,94	0,78	0,90	-0,34
Briga frequentemente com outras crianças	0,57	0,81	0,58	0,74	0,12
Não é uma criança querida pelas outras crianças	0,36	0,70	0,29	0,61	-0,77
Facilmente preocupado, preocupa-se com tudo	0,92	0,89	0,93	0,88	0,10
Tende a ser uma criança fechada, solitária	0,73	0,90	0,78	0,86	0,39
Irritável, rapidamente perde as estribeiras	1,28	0,88	1,24	0,84	-0,32
Frequentemente tristonha, infeliz ou angustiada	0,62	0,79	0,65	0,75	0,29
Chupa frequentemente os dedos	0,19	0,59	0,16	0,53	-0,32
Rói frequentemente as unhas ou dedos	0,58	0,87	0,57	0,88	-0,06
Muitas vezes é desobediente	1,26	0,79	1,08	0,83	-1,55
Não consegue permanecer em uma atividade por mais que alguns minutos	1,03	0,92	1,01	0,94	-0,16
Tende a ter medo ou receio de coisas novas	0,41	0,71	0,93	0,91	4,42 ^c
É difícil, complicada ou muito particular	0,67	0,88	0,61	0,81	-0,50
Muitas vezes fala mentira	0,64	0,76	0,68	0,75	0,38
Maltrata outras crianças	0,29	0,63	0,23	0,51	-0,72
Fala palavrões	0,34	0,65	0,55	0,75	2,13 ^a
Muito agarrada a mãe, tenta manter-se perto	1,38	0,85	1,39	0,83	0,07
Fica acanhada, tímida e se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas	0,86	0,86	1,04	0,91	1,40
É insegura, não tem confiança em si mesma	1,05	0,89	1,26	0,88	1,59

^a $p \leq 0,05$

^c $p \leq 0,00$

2.3 Resultados referentes às variáveis ambientais

Em relação aos recursos do ambiente familiar, foram comparados os escores dos três módulos do inventário RAF: supervisão e organização das rotinas; oportunidades de interação com os pais; presença de recursos no ambiente físico e os escores dos tópicos que compõem estes módulos. A Tabela 15 mostra os resultados obtidos na comparação entre o Grupo Abandono e o Grupo Alta Clínica. Na leitura da tabela, é importante lembrar que todos os escores, exceto o escore total do RAF, foram transformados de modo que o valor máximo possível em cada módulo e em cada tópico é 10.

Tabela 15 - Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação aos escores que compõem o RAF.

Módulo/tópicos	Grupos				t
	Abandono		Alta Clínica		
	Média	DP	Média	DP	
<i>Supervisão e organização de rotinas</i>	5,62	1,65	5,50	1,27	-0,62
Ajuda em tarefas domésticas	4,07	3,23	3,86	3,00	-0,48
Atividades diárias com horários regulares	6,97	2,63	6,98	2,53	0,01
Diversidade de atividades no tempo livre	5,81	2,05	5,80	2,01	-0,02
Local e horário para a lição de casa	3,68	2,55	3,70	2,23	0,06
Supervisão de trabalho escolar	6,95	1,59	7,15	1,37	0,98
<i>Oportunidade de interação com os pais</i>	4,09	1,29	4,10	1,04	0,07
Atividades realizadas com os pais em casa	5,26	2,46	5,39	2,30	0,40
Momentos em que a família se reúne	6,07	2,30	5,98	2,11	-0,33
Passeios realizados nos últimos 12 meses	3,57	1,96	3,46	1,69	-0,43
Pessoas a quem a criança pede ajuda	1,46	0,63	1,58	0,75	1,26
<i>Presença de recursos no ambiente físico</i>	3,45	1,40	3,51	1,29	0,31
Atividades programadas regulares	0,85	0,81	0,85	0,84	-0,03
Diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento	5,21	2,22	5,63	1,95	1,47
Diversidades de livros	4,44	1,99	4,72	2,17	0,98
Diversidades de revistas e jornais	2,22	1,72	2,25	1,77	0,13
Escore Total RAF	55,61	14,40	56,37	12,78	0,41

Como se pôde observar, não foi encontrada diferença significativa, entre os grupos, nas comparações envolvendo o RAF.

Em relação à EEA, foram analisados apenas os escores dos eventos adversos recentes, como mostra a Tabela 16.

Tabela 16 - Resultados da comparação entre os grupos Abandono e Alta Clínica em relação à EEA.

Variável	Grupos				
	Abandono		Alta Clínica		t
	Média	DP	Média	DP	
Instabilidade financeira	1,31	1,74	1,09	1,67	-0,91
Adversidade parental	0,38	0,85	0,14	0,40	-2,66 ^c
Adversidade associada a condutas parentais	0,20	0,79	0,21	0,79	0,12
Outras adversidades	0,51	0,82	0,34	0,58	-1,85
Eventos adversos na vida pessoal da criança	0,04	0,19	0,02	0,13	-0,86
Eventos adversos na vida escolar da criança	1,25	1,61	1,25	1,66	0,04
Problemas nas relações interpessoais	0,39	0,92	0,37	1,00	-0,10
Perdas	0,13	0,38	0,11	0,34	-0,35
Total de eventos adversos recentes	0,72	0,61	0,56	0,44	-2,21 ^a

^a $p \leq 0,05$

^c $p \leq 0,00$

O Grupo Abandono, em relação ao Grupo Alta Clínica, apresentou maiores escores em relação ao total de eventos adversos e às adversidades parentais recentes, que englobam situações tais como: aumento de conflitos entre os pais, separação, divórcio, abandono da família, novo casamento, litígio pela guarda da criança ou por motivo de pensão.

2.4 Análise complementar⁴

Foram feitas análises de correlações entre a escolaridade dos pais e os itens referentes aos escores do RAF e aos módulos que o compõem, para cada grupo separadamente.

⁴ Esta análise foi sugerida no Exame Geral de Qualificação.

A Tabela 17 apresenta os resultados significativos encontrados, através do coeficiente r de correlação de Pearson, para cada grupo.

Tabela 17 – Resultados das correlações entre escolaridade dos pais e variáveis ambientais nos grupos Abandono e Alta Clínica.

Módulo/tópicos	Grupos			
	Abandono	Alta Clínica	Abandono	Alta Clínica
	Escolaridade da mãe		Escolaridade do pai	
<i>Supervisão e organização de rotinas</i>	Ns	0,26**	ns	0,23*
Ajuda em tarefas domésticas	Ns	ns	ns	ns
Atividades diárias com horários regulares	0,32**	0,19*	0,23*	ns
Diversidade de atividades no tempo livre	Ns	0,20*	ns	0,31**
Local e horário para a lição de casa	Ns	ns	ns	ns
Supervisão de trabalho escolar	Ns	ns	ns	ns
<i>Oportunidade de interação com os pais</i>	Ns	0,25**	ns	0,38**
Atividades realizadas com os pais em casa	Ns	0,22*	ns	0,23*
Momentos em que a família se reúne	Ns	ns	ns	ns
Passeios realizados nos últimos 12 meses	0,25**	0,25**	0,33**	0,48**
Pessoas a quem a criança pede ajuda	Ns	ns	ns	ns
<i>Presença de recursos no ambiente físico</i>	0,31**	0,31**	0,32**	0,52**
Atividades programadas regulares	0,29**	ns	0,24*	ns
Diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento	0,30**	0,31**	0,23*	0,46**
Diversidades de livros	0,31**	0,38**	0,28**	0,54**
Diversidades de revistas e jornais	Ns	0,22*	0,22*	ns
Escore Total RAF	0,26**	0,36**	0,23*	0,44**

** $p \leq 0,01$

* $p \leq 0,05$

O Grupo Abandono apresentou correlações positivas, seguindo a ordem decrescente, entre escolaridade da mãe e as seguintes variáveis: atividades diárias com horários regulares; presença de recurso no ambiente físico; diversidades de livros; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; atividades programadas regulares das crianças; escore total RAF e passeios realizados nos últimos 12 meses.

Neste grupo foram encontradas também correlações positivas entre escolaridade do pai e: passeios realizados nos últimos 12 meses; presença de recurso no ambiente físico; diversidades de livros; atividades programadas regulares das crianças; atividades diárias com horários regulares; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; escore total RAF e diversidades de revistas e jornais, em ordem decrescente, respectivamente.

O Grupo Alta Clínica apresentou correlações positivas entre escolaridade materna e as seguintes variáveis: diversidades de livros; escore total RAF; presença de recurso no ambiente físico; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; supervisão e organização de rotinas; oportunidade de interação com os pais; passeios realizados nos últimos 12 meses; atividades realizadas junto com os pais em casa; diversidades de revistas e jornais; diversidade de atividades no tempo livre e atividades diárias com horários regulares, respectivamente na ordem decrescente.

No Grupo Alta Clínica foram encontradas correlações positivas entre escolaridade paterna e: diversidades de livros; presença de recurso no ambiente físico; passeios realizados nos últimos 12 meses; diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento; escore total RAF; oportunidade de interação com os pais; diversidade de atividades durante o tempo livre; supervisão e organização de rotinas e atividades realizadas junto com os pais em casa, em ordem decrescente, respectivamente.

Os resultados na tabela mostram um maior número de correlações no Grupo Alta Clínica (20) que no Grupo Abandono (15).

Em vários aspectos, os dois grupos se mostraram semelhantes. Apresentaram associação positiva entre escolaridade da mãe e passeios realizados nos últimos 12 meses e presença de recursos no ambiente físico, principalmente em relação à diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento. Os grupos se assemelharam

em relação à correlação da escolaridade dos pais com os itens: ajuda em tarefas domésticas; local e horário para a lição de casa; supervisão de trabalho escolar, pois não apresentaram correlações significativas.

Algumas diferenças foram detectadas. O Grupo Alta Clínica apresentou maiores correlações entre escolaridade dos pais e o escore total do módulo supervisão e organização de rotinas, diversidade de atividades no tempo livre; oportunidade de interação com os pais e atividades realizadas com os pais em casa. Este grupo também apresentou maior correlação entre escolaridade do pai e passeios realizados nos últimos 12 meses, presença de recursos no ambiente físico, diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento e diversidades de livros.

O Grupo Abandono mostrou maior correlação entre escolaridade dos pais e atividades diárias com horários regulares e atividades programadas regulares.

A semelhança entre os grupos mostrou-se na correlação entre escolaridade materna e passeios realizados nos últimos 12 meses e escolaridade dos pais com: momentos em que a família se reúne e pessoas a quem a criança pede ajuda, sendo que com os dois últimos tópicos não houve correlações significativas e na correlação entre escolaridade de um dos pais e diversidade de revistas e jornais.

Com o escore total do RAF, a escolaridade paterna mostrou correlação mais forte no Grupo Alta Clínica, embora em ambos os grupos tanto a escolaridade materna como a paterna tenham apresentado associação significativa com esse indicador global de recursos no ambiente familiar.

2.5 Análise considerando-se o tempo de permanência no atendimento.

Na Figura 4 estão representadas as distribuições dos grupos Abandono e Alta Clínica em relação ao tempo de permanência no atendimento (em dias).

Para esta análise foram considerados 67 casos do Grupo Alta Clínica e 53 casos do Grupo Abandono, uma vez que somente estes registros continham a informação sobre a duração do atendimento.

Figura 4 – Distribuição dos casos dos grupos Alta Clínica e Abandono segundo a duração do atendimento.

Observa-se entre os grupos Alta Clínica e Abandono uma diferença no primeiro (≤ 90 dias) e no último intervalo de tempo (≥ 271 dias). O Grupo Abandono apresenta uma frequência maior de casos no primeiro intervalo, quando comparado ao Grupo Alta Clínica. Em ambos os grupos há uma concentração de casos no último intervalo de tempo, que corresponde aos atendimentos mais longos. Essa concentração é maior no Grupo Alta Clínica.

Os resultados representados na Figura 4 sugerem que os desfechos por abandono tendem a ocorrer até 9 meses depois de iniciado o tratamento (53% dos casos de abandono), ao passo que as altas clínicas ocorrem predominantemente após 9 meses de tratamento (75% dos casos de alta clínica). Essas tendências são confirmadas pelo teste Qui-Quadrado, aplicado para verificar diferenças entre as duas distribuições nos quatro intervalos de tempo ($\chi^2 = 15,497$; $p < 0,001$).

No Grupo Abandono foram realizadas correlações, por meio do teste de Pearson, entre o tempo de permanência das crianças no atendimento, computado em dias, e todas as variáveis exploradas no estudo. O mesmo foi feito para o Grupo Alta Clínica. Em ambos os casos não foram encontrados correlações significativas.

V. DISCUSSÃO

O presente trabalho visou identificar características constituintes de fatores de risco para desistência e abandono do atendimento ou facilitadoras da continuação do mesmo, por meio de comparações entre famílias de crianças que permaneceram no atendimento psicopedagógico até a alta e famílias de crianças que terminaram em algum momento após a primeira consulta.

Para alcançar esse objetivo, foi realizado um estudo retrospectivo, por meio da análise de dados de outros estudos, que permitiu encontrar em uma amostra de 258 participantes as três situações de investigação do estudo, que propiciaram a formação dos grupos: alta clínica, desistência e abandono.

Antes de se formarem os grupos, foi realizada uma verificação nos dados referentes ao nível intelectual das crianças, obtido pelo instrumento Raven em ocasião da primeira consulta, a fim de averiguar a hipótese de que as crianças com resultados inferiores na avaliação intelectual tenderiam a ficar mais tempo no serviço e, conseqüentemente, suas famílias teriam maior probabilidade de abandonar o atendimento, em relação às famílias das crianças com resultados mais favoráveis. Essa hipótese não foi confirmada pela análise estatística de correlação, o que possibilitou agrupar as famílias nos três grupos, de acordo com o critério proposto de condições de encerramento, sem comprometer os resultados subseqüentes.

A análise dos dados foi realizada considerando que diferentes fatores estão associados a diferentes desfechos do atendimento. As famílias desistentes apresentam características diferentes das famílias que abandonam. A distinção entre os dois grupos é desejável, pois pode ajudar a identificar fatores associados ao término em diferentes momentos do atendimento (ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; KAZDIN, 1996; MARTURANO; DEGANI; ALVES; MIRANDA, 1993; PEKARIK, 1992).

Os fatores preditivos de término do atendimento considerados nesta pesquisa, como variáveis sócio-demográficas, características da criança e da família, são comumente

apontados pela literatura (GOULD; SHAFFER; PSYCH; KAPLAN, 1985; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; LAI et al., 1998; LUK et al., 2001; WIERZBICKI; PEKARIK, 1993).

A discussão deste trabalho baseia-se na concepção do desenvolvimento humano entendido como um processo, em que a interação do indivíduo com o meio possibilita que este realize trocas e incorpore novos aprendizados. Desse modo, seu ciclo vital é marcado por tarefas de desenvolvimento, podendo vir acompanhadas tanto de fatores de risco, desencadeando vulnerabilidade, quanto de fatores protetivos, desencadeando proteção.

Essa discussão estará exposta em dois conjuntos de comparações, focalizando, respectivamente, o risco de desistência e o risco de abandono do atendimento.

1. Comparação entre o *Grupo Desistente* e o *Grupo Não Desistente*

Dos 258 casos analisados, 16% desistiram do atendimento antes do início da intervenção. Em relação às variáveis sócio-demográficas, os resultados mostraram que o Grupo Desistente, comparado ao Grupo Não Desistente, tinha mais crianças nas séries iniciais. Esta é uma etapa que exige da criança o cumprimento de tarefas de desenvolvimento específicas deste período escolar, quando o processo de aprendizagem formal está se iniciando. Deste modo, trata-se de um período em que as dificuldades de aprendizagem ainda não são tão evidentes. Isto pode levar a família a admitir que possíveis dificuldades de aprendizado existentes possam ser superadas com o decorrer do tempo, quando a criança estiver em séries subsequentes, sendo, portanto, as séries iniciais um fator de risco para a desistência.

As demais variáveis sócio-demográficas comparadas entre os grupos Desistente e Não Desistente não apresentaram diferenças significativas, o que denota certa homogeneidade entre os grupos em relação a estas variáveis.

Entretanto, um dado que chamou a atenção foi que a maior parte das mães (75% no grupo Desistente e 67% no grupo Não Desistente) apresentou uma situação conjugal estável, caracterizando uma semelhança entre os grupos. Estudos apontam que famílias monoparentais tendem a ser uma condição preditora de término precoce do atendimento (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; CAMPBELL et al., 2000; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN et al., 1995; KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997 e KENDALL; SUGARMAN, 1997). Na presente pesquisa, não se detectou associação entre a situação conjugal materna e o risco de desistência.

As crianças do Grupo Desistente apresentaram menos dificuldades cognitivas, menos problemas de comportamento externalizantes e internalizantes⁵, comparadas às do Grupo Não Desistente, como apontaram o Raven e a ECI, esta através do escore total, da área específica comportamento e dos itens específicos: “*Criança impaciente, irrequieta*”; “*Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros*” e “*Tem dor de estômago ou vômito*”. O fato de as crianças do grupo Desistente apresentarem menos problemas de comportamento e melhor desempenho intelectual pode ter levado os pais a acreditarem que as possíveis dificuldades das crianças, registradas na queixa inicial, não fossem suficientes para demandar atendimento especializado, colaborando para a desistência da família no serviço. Por outro lado, pais de crianças mais comprometidas clinicamente podem ter apresentado maior motivação para continuar o atendimento. Harpaz-Rotem et al. (2004) e Lai et al. (1998) encontraram em seus

⁵ Entende-se por comportamentos externalizantes aqueles que apresentam uma relação direta com o ambiente, como por exemplo, a agressão (física ou verbal), hiperatividade e impulsividade e, por comportamentos internalizantes aqueles que estão mais relacionados ao indivíduo, como, por exemplo, ansiedade e depressão (ACHENBACH, 1991).

estudos uma associação entre severidade clínica dos problemas da criança e a continuação no atendimento.

Em relação às variáveis ambientais, o Grupo Desistente apresentou menor média de atividades programadas que o Grupo Não Desistente e as atividades específicas que diferenciaram os dois grupos eram relacionadas a estudos religiosos, além de outras atividades que não foram especificadas. O Grupo Não Desistente apresentou-se como um grupo que se envolvia mais em atividades programadas como mostraram os resultados, o que pode ter facilitado o compromisso destas famílias com mais uma atividade para a criança: o atendimento psicopedagógico.

As crianças do Grupo Não Desistente apresentaram mais vivências de eventos adversos em sua vida pessoal, como hospitalização, enfermidade grave e acidente com seqüela. A vivência de situações adversas pode ser um fator de risco para o desenvolvimento, quando a criança apresenta vulnerabilidade, como pode ser um fator de risco para a desistência do atendimento, quando há comprometimento à permanência no atendimento. A presença de enfermidade, quando crônica, pode constituir obstáculo até mesmo para a criança freqüentar regularmente a escola. Entretanto, o que se observou neste caso foi que o grupo Não Desistente apresentou maior média em relação a estes eventos, comparado ao grupo Desistente. Talvez isso possa estar relacionado a uma percepção mais acentuada, por parte da família, de que sua criança com histórico de complicações de saúde tem necessidade de acompanhamento psicológico, visto que hospitalização e enfermidade grave na infância podem estar associadas a uma condição de vulnerabilidade biológica.

As correlações realizadas entre escolaridade dos pais e algumas variáveis ambientais permitiram visualizar no Grupo Desistente, que o maior nível de escolaridade dos pais está diretamente correlacionado ao maior apoio e supervisão das atividades acadêmicas que estes dão aos seus filhos. Assim como também está correlacionado a atividades realizadas com os

pais em casa e momentos em que a família se reúne. Como se pode observar, os resultados sugerem que no Grupo Desistente a escolaridade dos pais está mais associada ao acompanhamento escolar da criança e a um indicador indireto de coesão familiar, caracterizado pela maior presença dos pais, do que no Grupo Não Desistente. O grupo Não Desistente, por sua vez, apresentou maiores correlações positivas entre escolaridade dos pais e atividades diárias com horários regulares e diversidade de atividades no tempo livre.

O Grupo Desistente apresentou maior correlação entre escolaridade do pai e: diversidade de brinquedos e outros materiais de desenvolvimento e escore total do RAF. Enquanto, o Grupo Não Desistente apresentou maiores correlações entre escolaridade dos pais e recursos do ambiente físico e atividades programadas regulares. Estes resultados mostram que ambos os grupos apresentam a escolaridade dos pais como indicador de alguma presença de recurso no ambiente físico.

Pode-se notar que o Grupo Desistente é formado por crianças que apresentam menos problemas de comportamento e menos vivências de adversidades pessoais. A menor severidade dos problemas de comportamento e de estressores presentes mostraram-se preditores positivos de desistência, condição também encontrada por Sirles (1990) em seu estudo sobre preditores de desistência e abandono em uma clínica infantil ligada a uma faculdade de medicina.

2. Comparação entre o *Grupo Abandono* e o *Grupo Alta Clínica*

O estudo mostrou que, entre as famílias que iniciaram a intervenção ($n = 217$), a taxa de abandono de 49% foi semelhante à taxa de alta clínica, de 51%. Em relação ao total de casos analisados, o percentual de abandono foi de 42%, um dado próximo aos 49,6% encontrados por Santos (2005). Esta taxa assemelha-se a taxas encontradas em estudos sobre abandono realizados em serviços da comunidade (CAMPBELL et al., 2000; GARCIA;

WEIZS, 2002; HARPAZ-ROTEM et al., 2004, LUK et al., 2001) e contrasta com as taxas encontradas em clínicas vinculadas a universidades, em geral mais baixas (KAZDIN, 1994; KENDALL; SUGARMAN, 1997; LAI et al., 1997; PINA; SILVERMAN; WEENS; KURTINES; GOLDMAN, 2003; PRINZ; MILLER, 1994).

Em um levantamento recente, Marturano e Panaia (2006) compilaram dados de oito estudos feitos no mesmo ambulatório. Encontraram taxas de abandono entre 31 e 51%, nos estudos que consideraram toda a clientela da clínica em um dado período de tempo e taxas entre 4 e 13% em pesquisas feitas na mesma clínica, mas com foco em grupos previamente selecionados, para verificação de efeitos de tratamentos específicos.

Nesse mesmo estudo, as autoras relatam os resultados de uma revisão da literatura, mostrando que pesquisas conduzidas em clínicas-escola, quando comparadas a estudos na comunidade, trabalham com amostras mais homogêneas quanto ao diagnóstico (predominantemente problemas externalizantes), focalizam um tratamento específico e tendem a relatar taxas menores de abandono, assim como mais resultados significativos na predição de abandono (MARTURANO; PANAIA, 2006).

Analisando os dados referentes ao tempo de permanência na intervenção, foi possível visualizar que grande parte do Grupo Alta Clínica (75%) permaneceu mais tempo na intervenção que o Grupo Abandono (47%), como era de se esperar. Entretanto, o tempo de atendimento se mostrou positivamente associado ao abandono, especificamente para tratamentos com duração acima de nove meses. O tempo de permanência no atendimento não apresentou correlação com qualquer uma das variáveis preditoras de término, seja no Grupo Abandono, seja no Grupo Alta Clínica.

Sobre os dados sócio-demográficos, algumas condições encontradas neste estudo são preditoras de abandono, como corroboradas pela literatura. O Grupo Abandono, em relação ao Grupo Alta Clínica, apresentou crianças mais novas, pais e mães mais jovens (CAMPBELL et

al., 2000; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997 e LUK et al., 2001) e pai com menos escolaridade (CAMPBELL et al., 2000; KAZDIN, 1994; KENDALL; SUGARMAN, 1997; LUK et al., 2001 e McCABE, 2002).

Em relação a características clínicas da criança, o Grupo Abandono, comparado ao Grupo Alta Clínica, apresentou mais prejuízo cognitivo e mais comportamentos externalizantes como mostrou a maior média referente ao item “*Criança impaciente, irrequieta*” da ECI. As crianças mais prejudicadas provavelmente exigem mais investimento do serviço e da família, o que pode ter levado esta a não ter suas expectativas supridas em relação à efetividade do tratamento, interrompendo-o precocemente.

Sobre a vivência de situações adversas, o Grupo Abandono apresentou mais experiências de adversidades parentais recentes, como: aumento de conflitos entre os pais, separação, divórcio, abandono da família, novo casamento, litígio pela guarda da criança ou por motivo de pensão. Fatores estes, que podem dificultar o compromisso dessas famílias no atendimento, constituindo uma condição de risco para o abandono (KAZDIN; HOLLAND; CROWLEY; BRETON, 1997). A presença de eventos adversos e de stress parental tem sido associada ao risco de abandono do atendimento psicológico de crianças (BOGGS et al., 2004; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURIK, 1994; KAZDIN; STOLAR; MARCIANO, 1995; PRINZ; MILLER, 1994).

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Brito et al. (1997), que verificaram que as crianças cujas famílias abandonaram o atendimento estavam mais expostas a adversidades que as crianças que persistiram até a alta. Pode-se dizer que para essas famílias o serviço não operou como um suporte de proteção frente às dificuldades da criança e a sua adversidade (LEVENTHAL; BROOKS-GUNN, 2000).

Os resultados das correlações entre escolaridade dos pais e as variáveis ambientais mostraram que o Grupo Alta Clínica, comparado ao Grupo Abandono, apresentou maiores correlações entre escolaridade dos pais e supervisão e organização de rotinas e diversidade de atividades no tempo livre.

Em relação à oportunidade de interação com os pais, os grupos apresentam mais semelhanças que diferenças. As correlações não foram significativas entre escolaridade dos pais e: passeios, momentos em que a família se reúne e pessoas a quem a criança pede ajuda. O Grupo Alta Clínica diferenciou-se um pouco ao apresentar correlações significativas entre escolaridade dos pais e interação com os mesmos, através de atividades realizadas com os pais em casa e passeios realizados nos últimos 12 meses.

Este grupo também apresentou maiores correlações entre escolaridade paterna e o módulo *Presença de recursos no ambiente físico* e seus tópicos, em relação ao Grupo Abandono. As correlações significativas referem-se aos recursos do ambiente, como brinquedos, livros e outros – fatores promotores de desenvolvimento.

Observou-se que o Grupo Abandono se caracterizou pela severidade clínica e vivência de adversidade familiar, porém não se diferenciou do Grupo Alta Clínica em relação à presença de recursos do ambiente familiar (que inclui supervisão e organização de rotinas, oportunidade de interação com os pais e presença de recursos no ambiente físico). Apenas algumas poucas diferenças emergiram quando se correlacionou a escolaridade dos pais e os recursos do ambiente familiar. Essas diferenças sugerem que no Grupo Alta Clínica, mais que no Grupo Abandono, os pais mais escolarizados tendem a mobilizar mais recursos de apoio ao desenvolvimento e ao aprendizado escolar dos filhos.

3. Considerações Finais

Sobre a terminologia *desistência* e *abandono*, empregada neste estudo, foi possível confirmar a importância de delimitar estas diferentes situações. Como mostraram os resultados da pesquisa, o Grupo Desistente, comparado ao Não Desistente e o Grupo Abandono, comparado ao Grupo Alta Clínica, apresentaram características diferentes, confirmando sua heterogeneidade, quanto ao desfecho (GARFIELD, 1989; MARTURANO; DEGANI; ALVES; MIRANDA, 1993; PEKARIK, 1992). Quando se consideram diferentes grupos de término do atendimento em um estudo, diferentes fatores associados ao término podem emergir, possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno.

Kazdin (1996) aponta para a importância de se estabelecerem critérios para definir estas situações, pois considerar que o término é prematuro pode ser apenas uma questão de julgamento do terapeuta, quando em alguns contextos o término necessariamente não é prematuro. Nesta pesquisa optou-se por utilizar, como critério objetivo de definição da terminologia *desistência* e *abandono*, a condição de o primeiro conceito considerar o não início de uma intervenção prescrita e o segundo, o início da mesma.

Neste estudo foi possível contemplar algumas das variáveis mais comumente investigadas na literatura, que são aquelas relacionadas às condições sócio-econômicas, à criança e à família. Desta forma, obteve-se um panorama das condições de risco para a desistência e para o abandono na população estudada.

O status sócio-econômico é um fator importante a ser considerado, uma vez que ele pode atuar, mesmo que indiretamente, em outras variáveis. Em relação aos dados analisados, foi interessante observar que em ambos os conjuntos de comparações (Grupo Desistente *versus* Grupo Não Desistente e Grupo Abandono *versus* Grupo Alta Clínica) os indicadores sócio-econômicos obtidos por meio do escore de instabilidade financeira (EEA) e do escore

de nível sócio-econômico (RAF) não foram associados ao risco nem para a desistência, nem para o abandono⁶. Apenas a escolaridade paterna, considerada um indicador socioeconômico relevante por muitos autores, como assinalam Bradley e Corwyn (2002), foi associada com abandono na direção esperada, ou seja, no grupo que abandonou o tratamento a escolaridade do pai era mais baixa que no grupo que persistiu até a alta clínica.

A ausência de associação entre indicadores socioeconômicos e interrupção unilateral do atendimento pela família é um achado conflitante com alguns estudos (ARMBRUSTER; FALLON, 1994; ARMBRUSTER; SCHWAB-STONE, 1994; HARWOOD; EYBERG, 2004; KAZDIN, 1994; KAZDIN; MAZURICK, 1994; KAZDIN; MAZURICK; SIEGEL, 1994; KAZDIN; STOLAR; MARCIANO, 1995; KAZDIN; HOLLAND; CROWELL, 1997 e PRINZ; MILLER, 1994), porém é corroborado por outros, tais como os estudos de Boggs, Eyberg, Edwards, Rayfield, Jacobs, Bagner e Hood (2004); Garcia e Weizs (2002); Kendall e Sugarman (1997); Lai et al. (1998); Luk et al. (2001) e McCabe (2002).

Ainda considerando-se estes conjuntos, em nenhuma das comparações foi detectada uma relação entre composição familiar e adesão ao atendimento, fato este também confirmado pelos estudos de Boggs et al. (2004); Dierker, Nargiso, Wiseman e Hoff (2001) e Lai et al. (1998).

Sobre o estudo, este apresentou algumas limitações. Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva, em que se utilizaram dados previamente colhidos, não foi possível controlar a metodologia com que os dados foram obtidos. O estudo utilizou-se de registros, nos quais alguns dados não foram coletados, como a duração do atendimento, ou não puderam ser utilizados, como as entrevistas iniciais. Esses fatores limitaram em algum momento o estudo, sem, entretanto, terem comprometido o resultado final do trabalho.

⁶ Embora não haja diferenças significativas em relação aos fatores sócio-econômicos analisados, note-se que os grupos Desistente (comparado ao grupo Não Desistente) e Abandono (comparado ao grupo Alta Clínica) apresentaram médias com maior valor nominal no escore de instabilidade financeira (EEA) e médias com menor valor nominal no indicador de nível sócio-econômico (RAF).

Devido a tais características, este estudo assemelha-se mais a estudos realizados em clínicas da comunidade que a pesquisas conduzidas em clínicas - escola de universidades, onde presumivelmente ter-se-ia maior controle no procedimento metodológico. Um outro aspecto a ser considerado é que neste estudo não houve qualquer pré-seleção de casos, o que freqüentemente é feito nas investigações controladas, com base em características clínicas dos participantes, como uma forma de homogeneizar as amostras. Embora a queixa escolar possa ser considerada como um fator de homogeneidade, sabe-se que, de fato, crianças com a queixa escolar encaminhadas para atendimento na rede de saúde constituem um grupo heterogêneo quanto a suas características clínicas (BETTI; MARTURANO, 2006). Esse é um outro aspecto em que a presente investigação se alinha com levantamentos feitos em serviços abertos à comunidade.

Nesse sentido, também os resultados deste estudo se assemelham mais àqueles obtidos em clínicas da comunidade, onde têm sido encontrados menos preditores de abandono, em comparação a pesquisas com amostras homogêneas, feitas em clínicas-escola (MARTURANO; PANAIA, 2006). Embora com menor controle de variáveis, esses estudos, por outro lado, são mais condizentes com a realidade cotidiana das instituições.

Vale lembrar que este estudo baseou-se nos dados obtidos durante a primeira consulta, ou seja, no momento de ingresso da família no serviço. Entretanto, deve-se considerar que existem fatores de risco à desistência e ao abandono que podem ter emergido após este momento, e aos quais não se teve acesso neste estudo. Algumas medidas são dinâmicas, podendo ser modificadas no decorrer do tratamento. Além disso, a decisão de interromper o atendimento é multideterminada e as variáveis estão intrinsecamente relacionadas, devendo ser consideradas em conjunto para uma melhor compreensão do fenômeno.

De qualquer modo, os fatores levantados no início do estudo permitem predizer, em muitos casos, o provável desfecho do atendimento, uma vez que a literatura tem apontado para alguns fatores em comum.

Em pesquisas futuras seria interessante resgatar estes clientes que passaram pelo serviço, a fim de fazer um levantamento do motivo do término, o que ajudaria a reconhecer mais fatores, principalmente em relação à motivação e satisfação do cliente com o atendimento.

Com isso, o estudo permitiu verificar a importância de compreender as características das famílias que procuram o serviço psicopedagógico, uma vez que as famílias podem fornecer o suporte para o desenvolvimento acadêmico das crianças. Esse reconhecimento é fundamental para o planejamento de ações visando prevenir possíveis abandonos. Entender os fatores que contribuem para o término do tratamento é importante, pois ajuda na identificação de famílias em risco de abandono e possibilita uma intervenção no sentido de engajar a família no atendimento (KAZDIN, 1996).

Em se tratando de serviço público, notam-se implicações econômicas e sociais. Como já levantado por Pekarik (1992); Kazdin (1996), Kazdin e Mazurick (1994) e Kazdin et al. (1995), o abandono de atendimentos causa impacto não somente na esfera pessoal, como também na esfera clínica. O término prematuro do atendimento não permite que o indivíduo receba os benefícios do mesmo, além de, considerando-se as características de um atendimento público ambulatorial, limitar o atendimento de outros que também necessitam de acompanhamento e têm maior probabilidade de adesão.

Wierzbicki e Pekarik (1993) apontaram em sua meta-análise sobre abandono de psicoterapia que há poucos estudos na literatura abordando a clientela infantil, embora a taxa de abandono das famílias de crianças seja similar à taxa de abandono da clientela adulta. Kazdin (1996) também aponta para o fato de a maior parte dos estudos focalizar adultos, o

que denota uma carência de estudos que compreendam os fatores que levam as famílias a interromperem o atendimento de suas crianças.

Portanto, compreender esse fenômeno implicará em um melhor entendimento de aspectos do desenvolvimento infantil, como também possibilitará subsídios para medidas que favoreçam uma maior retenção das crianças no atendimento ambulatorial.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁷

⁷ De acordo com as normas da ABNT.

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist / 4 – 18. Profile.**

Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

ANGELINI, A. L.; ALVES, I.C.B.; CUSTÓDIO, E.M.; DUARTE, W.F.; DUARTE, J. L. M.

Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: escala especial. **Manual.** São Paulo: CETEPP, 1999.

ARCARO, N. T. Investigação dos aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental. **Psicologia-USP**, São Paulo, v.2, n.1/2, p. 49-63, 1991.

ARMBRUSTER, P.; FALLON, T. Clinical, sociodemographic, and system risk factors for attrition in a children's mental health clinic. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 64, n.4, p.577-585, 1994.

ARMBRUSTER, P.; SCHWAB-STONE, M.E. Sociodemographic characteristics of dropouts from a child guidance clinic. **Hospital and community psychiatry**, v.45, n.8, p. 804-808, 1994.

BARBOSA, J. I. C.; SILVARES, E. F. M. Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. **Estudos de Psicologia**, v.11, n. 3, p. 50-56, 1994.

BETTI, M. C. M.; MARTURANO, E. M.. Encaminhamento de crianças para atendimento psicológico devido à queixa escolar: um estudo de subgrupos clínicos. In: XXXVI REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 2006, Salvador. **Resumos - Sociedade Brasileira de Psicologia**, 2006. CD-ROM.

BOGGS, S. R.; EYBERG, S. M.; EDWARDS, D. L.; RAYFIELD, A.; JACOBS, J.; BAGNER, D.; HOOD, K. K. Outcomes of parent-child interaction therapy: a comparison of treatment completers and study dropouts one to three years later. **Child & Family Behavior Therapy**, v. 26, n.4, p. 1-22, 2004.

BRADLEY, R. H.; CORWYN, R.F. Socioeconomic Status and Child Development. **Annual Review of Psychology**, v. 53, p. 371-399, 2002.

BRITO, P. R. M; KRENISKI, D. C.; MEDEIROS, P. C.; MOTTA, A. M. A. DEGANI, I. C. C.; PARREIRA, V. L. C.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. Associação entre características da criança e da família e o tipo de desligamento em um ambulatório de psicologia infantil. In: 5º CICLO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, 1997, Ribeirão Preto. **Resumos**. Ribeirão Preto, FMRP-USP, R16, 1997.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.

CAMPBELL, V. A.; BAKER, D.B.; BRATTON, S. Why do child drop-out from play therapy? **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 133-138, 2000.

D'AVILA BACARJI, K. M. G. **O Ambiente familiar de crianças referidas para atendimento psicológico por dificuldades escolares – Um estudo comparativo.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2004, 99 p.

DAVILA-BACARJI, K. M. G., MARTURANO, E. M., ELIAS, L. C. S. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**, v.15, n. 30, p.43 – 55, 2005a.

D'AVILA BACARJI, K. M. G; MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S. Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n.1, p. 107-115, 2005b.

DIERKER, L.; NARGISO, J.; WISEMAN, R.; HOFF, D. Factors predicting attrition within a community initiated system of care. **Journal of Child and Family Studies**, v.10, n.3, p. 367-383, 2001.

ERIKSON, E. **Infância e Sociedade**. Tradução: G. Amado. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERREIRA, M. de C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

GARCIA, J. A.; WEISZ, J. R. When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n.2, p. 439-443, 2002.

GARFIELD, S. L. Giving up on child psychotherapy: who drops out? Comment on Weisz, Weiss, Langmeyer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 57, n.1, p. 168-169, 1989.

GOULD, M. S., SHAFFER, D., PSYCH, F. R. C.; KAPLAN, D. The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, v. 24, n. 3, p. 316-328, 1985.

GRAMINHA, S. S. V. A escala comportamental infantil de RutterA2: estudos de adaptação e fidedignidade. **Estudos de psicologia**, v. 11, p. 34-42, 1994.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. A. O. Procura de atendimento psicológico para crianças: características da problemática relatada pelos pais. **Psico**, v. 25, n. 2, p. 53-79, 1994.

HARPAZ-ROTEM, I.; LESLIE, D.; ROSENHECK, R. A. Treatment retention among children entering a new episode of mental health care. **Psychiatric Services**, v. 55, n.9, p. 1022-1028, September, 2004.

HARWOOD, M. D.; EYBERG, S. M. Therapist verbal behavior early in treatment: relation to successful completion of parent-child interaction therapy. **Journal of Clinical Child and adolescent Psychology**, v.33, n.3, p. 601-612, 2004.

KAZDIN, A. E. Adversidad familiar, desventajas socioeconomicas y estres en los padres: variables contextuales relacionadas con la termination prematura de la terapia conductual infantil. **Psicología Conductual**, v. 2, n.1, p. 5-21, 1994.

KAZDIN, A. E. Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 1, n.1, p. 133-156, 1996.

KAZDIN, A. E.; HOLLAND, L.; CROWLEY, M. Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n.3, p. 453– 463, 1997.

KAZDIN, A. E.; HOLLAND, L.; CROWLEY, M.; BRETON, S. Barriers to treatment participation scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 8, p. 1051-1062, 1997.

KAZDIN, A. E.; MAZURICK, J. L. Dropping out of child psychotherapy: distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n.5, p. 1069 – 1074, October, 1994.

KAZDIN, A. E.; MAZURICK, J. L.; SIEGEL, T. C. Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 549-557, May, 1994.

KAZDIN, A. E.; STOLAR, M. J.; MARCIANO, P.L. Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. **Journal of Family Psychology**, v. 9, n. 4, p. 402-417, 1995.

KENDALL, P. C.; SUGARMAN, A. Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n. 5, p. 883-888, 1997.

LAI, K. Y. C.; PANG, A. H. T.; WONG, C. K.; LUM, F.; LO, M. K. Characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic in Hong Kong. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol**, v. 33, p. 45-48, 1988.

LAU, A. S.; WEISZ, J. R. Reported maltreatment among clinic – referred children: Implications for presenting problems, treatment attrition, and long – term outcomes. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 42, n.11, p. 1327 – 1334, 2003.

LINHARES, M. B. M.; PARREIRA, V. L. C; MATURANO, A. C.; SANT’ANNA, S. C. Caracterização dos motivos da procura de atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clinica. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 26, n. 2, p. 148-160, Abr./Jun., 1993.

LEVENTHAL, T.; BROOKS-GUNN, J. The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. **Psychological Bulletin**, v. 126, p. 309-337, 2000.

LHULLIER, A. C.; NUNES, M. L. T.; HORTA, B. L. Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola, cap.13. In: **Atendimentos psicológicos em clínica-escola**.

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras (organizadora). Campinas – SP: Editora Alínea, 2006, p.229-246.

LUK, E. S. L.; STAIGER, P. K.; MATHAI, J., WONG, L.; BIRLESON P.; ADLER, R. Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 10, n.1, p. 28-36, 2001.

MARTURANO, E. M. Fatores de risco e proteção no desenvolvimento sócio-emocional de crianças com dificuldade de aprendizagem. Em: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A. WILLIAMS, L. C. de A. (org.). **Temas em educação especial: avanços recentes**, Edufscar, São Carlos, 2004, p. 159 – 165.

MARTURANO, E. M.; DEGANI, I. C. C.; ALVES, C. X.; MIRANDA, C. C. de. Abandono do atendimento psicopedagógico em um ambulatório de psicologia infantil ligado à Universidade. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 26, n. 2, p. 114-127, Abr./Jun., 1993.

MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. dos S. & CAMPOS, M. A. S. O percurso entre a meninice e a adolescência: mecanismos de vulnerabilidade e proteção. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (org). **Vulnerabilidade e proteção – Indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar**. São Paulo, Casa do Psicólogo, FAPESP, 2004.

MARTURANO, E. M., LINHARES, M. B. M., LOUREIRO, S. R., MACHADO, V. L. Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar:

comparação com alunos não referidos. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 223-241, 1997.

MARTURANO, E. M.; LINHARES, M.B.M.; PARREIRA, V. L. C. Problemas emocionais e comportamentais associados a dificuldades na aprendizagem escolar. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 26, n. 2, p. 161-175, Abr./Jun., 1993.

MARTURANO, E. M.; PANAIÁ, C. C. Abandono do tratamento psicológico de crianças: pesquisas na comunidade e em centros de formação. In: XXXVI REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 2006, Salvador. **Resumos - Sociedade Brasileira de Psicologia**, Salvador, 2006. CD-ROM.

McCABE, K. M. Factors that predict premature termination among mexican-american children in outpatient psychotherapy. **Journal of Child and Family Studies**, v. 11, n. 3, p. 347-359, September, 2002.

PEKARIK, G. Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. **Journal of Clinical Psychology**, v. 48, n. 3, p. 379 – 387, May, 1992.

PINA, A. A.; SILVERMAN, W. K.; WEENS, C. F.; KURTINES, W. M.; GOLDMAN, M. L. A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 71, n.4, p. 701-705, 2003.

PRINZ, R. J.; MILLER, G. E. Family – based treatment for childhood antisocial behavior: experimental influences on dropout and engagement. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 3, p. 645-650, 1994.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Orthopsychiatry**, v. 57, n. 3, p.316-331, July, 1987.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: ROLF, J; MASTEN, A.S; CICCHETTI, D.; NUECHTERLEIN, K.H.; WEINTRAUB, S. **Risk and protective factors in the development of psychopathology**. Cambridge, Cambridge University Press, 1990, p. 181-214.

SALES, J. R. Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. **Psicologia – Ciência e Profissão**, v. 9, n. 1, p. 22-26, 1998.

SANTOS, L. C. **Crianças com dificuldade de aprendizagem: estudo de seguimento**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 1999, 125p.

SANTOS, M. A. Caracterização da clientela de uma clinica psicológica da Prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 42, p. 79-94, 1990.

SANTOS, P. L. DOS. Características do atendimento psicológico oferecido a crianças e adolescentes no núcleo de saúde mental do CSE da FMRP-USP. In: XVIII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA INFANTIL (ABENEP), XV CONGRESSO DA FEDERAÇÃO LATINO-AMERICANA DE

PSIQUIATRIA INFANTIL E DA ADOLESCÊNCIA (FLAPIA) E I JORNADA DE SAÚDE MENTAL DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA, 2005, Curitiba - PR. **Resumos - R-330**, 2005.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; SILVA, D. A.; AZNAR FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, v. 7, p. 73-82, 2002.

SIRLES, E. A. Dropout from intake, diagnostics, and treatment. **Community Mental Health Journal**, v. 26, p. 345-360, 1990.

SHUMAN, A. L.; SHAPIRO, J. P. The effects of preparing parents for child psychoterapy on accuracy of expectations and treatment attendance. **Community Mental Health Journal**, v. 38, n.1, p. 3-16, February 2002.

WIERZBICKI, M.; PEKARIK, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 24, n. 2, p. 190-195, 1993.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)

NOME DA CRIANÇA: _____

INFORMANTE (parentesco com a criança) _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: ____/____/199__

O QUE A CRIANÇA FAZ QUANDO NÃO ESTÁ NA ESCOLA:

- ☐ Assisto TV
- ☐ Ouve rádio
- ☐ Joga video-game
- ☐ Lê livros, revistas, gibis
- ☐ Fica na rua
- ☐ Brinca dentro de casa
- ☐ Ajuda em tarefas domésticas

Quais? _____

- ☐ diariamente? ou ☐ ocasionalmente?

- É responsável por tarefas domésticas? _____ Quais? _____

PASSEIOS QUE A CRIANÇA REALIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES:

passoio	com quem	passoio	com quem
☐ Bosque Municipal		☐ Museu	
☐ Aeroporto		☐ Circo	
☐ Cinema ou teatro		☐ FEAPAM	
☐ Shopping Center		☐ Parque de diversões	
☐ Lanchonete, Mc Donald's		☐ Clube	
☐ Praia		☐ Visitas a parentes / amigos da família	
☐ Viagem de trem		☐ Viagem para outra cidade	
☐ Sítio, chácara ou fazenda		☐ Exposição (de pintura, de ciências, etc)	
☐ Divertilândia		☐ Outros - especificar:	
☐ Centro da cidade			

ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM JUNTO COM A CRIANÇA EM CASA:

- ☐ Brincar
- ☐ Jogar video-game ou outros jogos
- ☐ Assistir a filmes
- ☐ Assistir a programas infantis na TV
- ☐ Contar histórias e casos
- ☐ Ler livros, revistas
- ☐ Conversar sobre como foi o dia na escola
- ☐ Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV
- ☐ Ouvir as histórias da criança; conversar sobre os assuntos que ela traz
- ☐ Realizar juntos atividades domésticas, como: lavar o carro, fazer almoço ou outras
- ☐ Outras - especificar _____

ATIVIDADES PROGRAMADAS QUE A CRIANÇA REALIZA REGULARMENTE:

- ☐ Faz catecismo, estudos bíblicos ou evangelização
☐ Frequenta Núcleo municipal do bairro
☐ Prática esporte em clubes, academias, ginásios
☐ Frequenta aulas para aprender atividade artesanal (por ex.emplo: tapeçaria, pintura...)
☐ Faz aulas de piano, violão ou outro instrumento musical
☐ Frequenta algum programa de atividades para crianças, como o Kurumim
☐ Faz inglês
☐ Faz computação
☐ Outros- especificar _____

RECURSOS DO AMBIENTE FÍSICO

Que tipo de brinquedo seu filho tem?

Seu filho tem ou já teve:

recurso	tem	já teve
☐ uma cama só para ele		
☐ brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)		
☐ brinquedos para movimentos corpo (corda de pular, balanço...)		
☐ instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho...)		
☐ brinquedo que lida com números (dados, dominó...)		
☐ brinquedos de letras (abecedários, quebra -cabeças com letras...)		
☐ brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes.)		
☐ brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas ...)		
☐ objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel		
☐ aparelho de som com discos: <i>pode operar:</i> ☐ <i>só pode ouvir sem mexer:</i> ☐		
☐ um animal de estimação: qual?		
☐ livrinhos de histórias infantis		
☐ jogos de regras (dama, loto, senha, memória...)		
☐ brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrate ...)		
☐ brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)		
☐ brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinho de boneca ...)		
☐ videogame		
☐ bola, pipa, bola de gude, carrinho roleimã (grifar os que a criança tem/teve)		
☐ outros, especifique		

Ha jornais e revistas na sua casa?

☐ não

☐ sim - tipo:

☐ jornal

☐ revista - ☐ de notícias - ☐ de TV - ☐ feminina - ☐ de telenovela - ☐ de esporte - ☐
religiosa - ☐ outra, especifique _____

Ha livros na sua casa?

- ☐ não
- ☐ sim - tipo:
- ☐ escolares
 - ☐ romances, contos, literatura
 - ☐ livrinhos infantis
 - ☐ religiosos (biblia, evangelhos, catecismo),
 - ☐ técnicos, científicos
 - ☐ enciclopédias
 - ☐ dicionário
 - ☐ outros, especifique _____

Em sua casa existe:

	quantos?		quantos?
☐ rádio		☐ videocassete	
☐ televisão preto-e-branco		☐ forno de microondas	
☐ televisão colorida		☐ TV por assinatura (multicanal)	
☐ máquina de lavar roupa		☐ automóvel	
☐ máquina de lavar louça		☐ motocicleta	
☐ telefone		☐ computador	
☐ telefone celular		☐ outros, especifique	
☐ aparelho de som			

ASSISTÊNCIA À ESCOLARIDADE

Alguém em casa acompanha a criança nos afazeres da escola? Especificamente:

<u>Alguém em casa:</u>	não, ninguém	sim, a mãe	sim, o pai	sim, outra pessoa (quem?)
Verifica se o material escolar está em ordem	☐	☐	☐	☐
Avisa quando é hora de ir para a escola	☐	☐	☐	☐
Supervisiona a lição de casa	☐	☐	☐	☐
Supervisiona o estudo para as provas	☐	☐	☐	☐
Comparece às reuniões da escola	☐	☐	☐	☐
Acompanha as notas e a frequência às aulas	☐	☐	☐	☐

HÁBITOS DE TRABALHO DA FAMÍLIA

Seu filho tem hora certa para:	sempre	às vezes	nunca	Sua família costuma estar reunida:	sempre	às vezes	nunca
almoçar	☐	☐	☐	no café da manhã	☐	☐	☐
tomar banho	☐	☐	☐	no almoço	☐	☐	☐
brincar	☐	☐	☐	no jantar	☐	☐	☐
ir dormir	☐	☐	☐	à noite, para assistir à TV	☐	☐	☐
levantar-se de manhã	☐	☐	☐				
jantar	☐	☐	☐	E nos fins de semana :			
fazer a lição de casa	☐	☐	☐	em casa	☐	☐	☐
assistir à TV	☐	☐	☐	em passeios	☐	☐	☐

Seu filho faz a lição de casa:

- ☐ enquanto vê televisão ou escuta rádio
- ☐ em um lugar sossegado e sem pessoas em volta
- ☐ em qualquer lugar
- ☐ quase sempre à noite
- ☐ antes de ir brincar
- ☐ junto com algum colega de classe
- ☐ outro - especificar _____

REDE DE SUPORTE

Quando tem algum problema ou dificuldade, a quem seu filho recorre para pedir ajuda ou conselho?

- ☐ à mãe
- ☐ ao pai
- ☐ a um irmão ou irmã
- ☐ a um avô ou avó
- ☐ a um tio ou tia
- ☐ a um vizinho ou vizinha
- ☐ a algum amigo ou amiga
- ☐ a outra pessoa - especificar _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Ao todo, quantas pessoas moram na casa? _____

Indique as pessoas com quem seu filho mora:

- ☐ mãe e pai biológicos
- ☐ só a mãe biológica; os pais são separados
- ☐ só a mãe biológica; o pai é falecido
- ☐ só a mãe biológica; ele não sabe quem é o pai
- ☐ mãe biológica e padrasto; pai falecido
- ☐ mãe biológica e padrasto; pais separados
- ☐ mãe biológica e padrasto; ele não sabe quem é o pai
- ☐ mãe e pai adotivos
- ☐ outros - especificar _____

Indique outras as pessoas que moram na casa:

- ☐ irmãos - quantos? _____
- ☐ avó
- ☐ avô
- ☐ tio
- ☐ tia
- ☐ outro parente - especificar : _____
- ☐ pessoa que não é da família

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR (preencher após a entrevista):

ANEXO 2

Escala de Eventos Adversos (EEA)

ESCALA DE EVENTOS

Procedimento: O entrevistador diz a mãe que vai ler uma lista de situações que podem acontecer na vida das crianças, para que ela informe se alguma delas ocorreu com seu filho/sua filha. Em seguida lê cada item do formulário e pede a mãe que diga se o evento ocorreu nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida da criança. Preencher cada item com X na coluna apropriada. Se o evento ocorreu tanto nos últimos 12 meses como anteriormente, marcar X nas duas colunas.

Acontecimento	ocorreu últimos 12 meses	nos ocorreu anteriormente	nunca ocorreu
Entrada na escola (1º grau)			
Mudança de escola			
Repetência na escola			
Agressão da professora			
Mais de uma troca de professoras no mesmo ano			
Mudança de cidade			
Suspensão da escola			
Aumento da ausência do pai por oito horas ou mais por semana			
Aumento da ausência da mãe por oito horas ou mais por semana			
A mãe começou a trabalhar			
Perda de emprego do pai/mãe (especificar quem)			
Momentos difíceis do ponto de vista financeiro			
Nascimento de um irmão			
Hospitalização ou enfermidade séria da criança por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um dos pais por duas semanas ou mais			
Hospitalização ou enfermidade grave de um irmão/irmã da criança, por duas semanas ou mais			
Criança acidentada com seqüela (ex.perda de visão, colostomia)			
A criança adquiriu uma deformidade visível			
Acréscimo de um terceiro adulto na família			
Morte de um amigo da criança			
Morte de um avô/ avó			
Morte de um irmão			
Morte do pai/ da mãe (especificar)			
O relacionamento com os amigos/coleas piorou			
Um irmão/irmã deixou definitivamente o lar, após conflitos			
Gravidez de uma irmã solteira			
Aumento de conflitos e brigas entre os pais			
Separação dos pais			
Mãe ou pai se casou de novo (especificar qual)			
Divórcio dos pais			
Um dos pais abandonou a família			
Consumo de álcool ou droga pelo pai ou pela mãe			
Problema de saúde mental do pai/da mãe			
Problema do pai/da mãe com a polícia ou a justiça			
Litígio entre os pais pela guarda da criança			
Litígio entre os pais por causa de pensão			
Outros eventos: quais?			

ANEXO 3

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Comitê de Ética em Pesquisa

Fone: (16) 3602-2228 / Fax: (16) 3633-1144
cep@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br

Campus Universitário - Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Ribeirão Preto, 05 de abril de 2006

Ofício nº 933/2006
CEP/MGV

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“FATORES FAMILIARES E ADESÃO AO ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO: UM ESTUDO RETROSPECTIVO EM CRIANÇAS COM QUEIXA ESCOLAR”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 222ª Reunião Ordinária realizada em 03/04/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 3379/2006.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do
HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
CARINA CELLA PANAIÁ
PROFª DRª EDNA MARIA MARTURANO (Orientadora)
Depto. de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Em mãos