Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo*

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS**

1. Introdução; 2. Método; 3. Resultados e discussão; 4. Considerações finais.

Este estudo tem por objetivo caracterizar a clientela de uma instituição de atendimento público e gratuito a crianças da cidade de São Paulo, através de um levantamento documental das pastas de casos atendidos em diagnóstico psicológico durante o ano de 1985. Foram estudados 65 casos, que compõem uma amostra extraída através de sorteio de um total de 182 casos atendidos na Clínica Psicológica do Itaim, que presta assistência psicológica a alunos da rede municipal de ensino. A presente pesquisa pretendeu analisar a demanda da instituição através da verificação de dados como sexo, idade, escolaridade, nível sócio-econômico da família, número de componentes e constituição familiar, verificando ainda outras variáveis relevantes, como queixa apresentada, escola que encaminhou e abandono ou não do atendimento. A análise dos resultados obtidos demonstrou que a maioria é do sexo masculino, situa-se na faixa etária dos seis aos nove anos e cursa pré-escola e primeira série do primeiro grau. Os pais provêm de um nível sócio-econômico altamente desprivilegiado, desempenhando ocupações manuais, semi-especializadas ou não-especializadas. A problemática da criança referida pelos pais em suas queixas é basicamente escolar. Contudo, o diagnóstico realizado evidencia, na maioria das vezes, problemas de natureza eminentemente emocional, encobertos pelas queixas escolares. Tendo em vista os resultados obtidos, ao final levanta-se a possibilidade de se elaborarem estratégias de intervenção mais condizentes com uma população com tais características, sustentadas por uma reflexão crítica que as credencie.

1. Introdução

A escassez de dados e pesquisas mais consistentes relativos à população que busca atendimento psicológico gratuito vem dificultando a visualização do panorama nacional do atendimento a nível de instituição. O número restrito de pesquisas conduzidas no meio brasileiro que buscam proceder a um levantamento de características da clientela das instituições impede o desenvolvimento de estratégias de intervenção clínica mais apropriadas, compatíveis com a realidade de nosso País e com as condições concretas de vida da maior parte da população. Por outro lado,

*Uma versão foi apresentada por ocasião da XVI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto, out. 1986.
Artigo apresentado à Redação em 22.12.88.
**Da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP. (Endereço do autor: Av. dos Bandeirantes, nº 3.900 - 14.049 - Ribeirão Preto, SP.)

existem poucas informações disponíveis na literatura especializada sobre as características da demanda destes serviços e suas condições de funcionamento.

Um levantamento meticuloso, abarcando diversas fontes documentais, permitiu-nos entrar em contato com diversos trabalhos que se revestem de uma importância capital para o conhecimento da realidade da prática clínica em âmbito institucional no Brasil: Katzenstein & Longhin (1959); El-Id (1976); Figueiredo & Schvinger (1981); Lopez (1981); Lopez (1983); Pereira (1983); Figueiredo, Bittencourt & Netto (1984); Macedo (1984) e, mais recentemente, Santos (1987); Abramovay, Minosso & Duarte (1987); Silva, Muñoz F., Cursino & Oliveira (1987*a* e 1987*b*); Silva e Duarte, Minosso, Santos & Melo. Estes estudos parecem articular-se em torno de um mesmo eixo, que é a tentativa de proporcionar um mapeamento dos serviços de atendimento psicológico comunitários, explorando algumas vertentes como: a caracterização da clientela atendida, a conceituação do trabalho psicológico em instituições, a discussão sobre a função social da psicologia nas atuações preventivas, propostas de técnicas alternativas para o atendimento a nível institucional e relatos da experiência na área.

O presente estudo pretende, a exemplo das pesquisas mencionadas, suprir parte da considerável lacuna que ainda persiste na literatura psicológica, notadamente no que se refere à população atendida pelas instituições, na tentativa de trazer o problema à luz das preocupações dos demais pesquisadores em psicologia. Há que se considerar ainda a importância da disponibilidade de tais dados para o desenvolvimento de novas hipóteses de pesquisa e aprimoramento da metodologia empregada para levantamento dessa natureza.

Esta pesquisa, basicamente, segue as linhas gerais do estudo realizado por El-Id(1976) com o objetivo de conhecer as características da clientela de escolas públicas do município de São Paulo que freqüenta os serviços de psicologia do Departamento de Saúde Escolar da Secretaria de Educação, a partir de uma seleção amostral de crianças atendidas por uma clínica psicológica infantil de assistência pública, de moldes semelhantes à nossa.

A referida autora realizou um levantamento documental dos clientes que procuraram a clínica durante o ano de 1975. Esta população constituía-se de 480 casos atendidos, dos quais foi sorteada uma amostra de 100 casos. Entre as variáveis demográficas de seu estudo, incluíam-se: idade, sexo e escolaridade das crianças, nível escolar e profissional dos pais, além de outras variáveis que, embora fossem secundárias à caracterização da clientela, eram consideradas relevantes para o estudo em questão, tais como queixa ou motivo que desencadeou o encaminhamento, a escola que a criança freqüentava e que a encaminhou, e o índice de abandono no decorrer do diagnóstico, ou logo após a entrevista inicial. Evidenciou-se uma freqüência bastante alta de meninos (72%) que são levados à clínica, contrastando com a freqüência de meninas (28%). Com relação à faixa etária, o estudo revela que houve uma busca significativamente mais acentuada dos sete aos 12 anos (85%), ou seja, a partir do ingresso na escola primária. No que se refere à distribuição dos sujeitos da amostra quanto à série escolar, nota-se que apenas 9% da amostra havia sido enviado por parques infantis (somando-se 1º e 2º estágios e pré-escola), enquanto que 53% cursava a 1ª série; 22%, a 2ª série, 11%, a 3ª série e 5%, a 4ª série.

Quanto ao nível educacional dos pais, 35% dos pais das crianças atendidas na clínica possuíam o curso primário incompleto, 31% tinha o primário completo e 28% eram analfabetos. Quanto à profissão dos pais, 59% exerciam ocupações manuais especializadas e 32% ocupações manuais não-especializadas. A maioria das

mães (67%) não trabalhava, referindo "prendas domésticas", e o restante exercia alguma profissão, na maior parte das vezes classificadas como ocupações manuais não-especializadas (23%). Uma análise das queixas apresentadas indica que 43% dos casos apresentaram queixa única, sendo que grande parte destas (23%) era relativa a problemas de aprendizagem. O restante (57%) apresentou queixa múltipla (duas ou mais). As queixas distribuíram em: distúrbios de aprendizagem (69%), nervosismo (48%), distúrbios de linguagem (25%), timidez (17%) e gagueira (3%). O número de casos encaminhados distribuiu-se uniformemente pelas diversas escolas a que a clínica estava vinculada, com exceção de uma escola em que se registrou um número excessivo de encaminhamentos (15 casos). Por fim, encontrou-se uma percentagem de 15% de abandono na amostra. Não se verificou qualquer relação significativa entre os casos de abandono e o sexo, faixa etária e escolaridade das crianças, bem como em relação às queixas.

O presente trabalho propõe-se a caracterizar a clientela que procura uma clínica psicológica infantil de assistência pública (Clínica Psicológica do Itaim), situada na zona sul da cidade de São Paulo, em função das variáveis: sexo, idade, escolaridade da criança, nível sócio-econômico da família, número de componentes e constituição familiar, queixa apresentada, escola em que encaminhou e abandono ou não do atendimento. O principal objetivo é o de fornecer dados a serem utilizados como subsídios para o planejamento de programas psicoprofiláticos que atendam às necessidades específicas da população que busca a instituição.

2. Método

A clínica da qual procede o levantamento é uma instituição vinculada ao Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, que tem por função propiciar atendimento psicológico a crianças de ambos os sexos matriculadas em escolas públicas (pré-escola, primeira e segunda séries, prioritariamente), localizadas em sua maioria em bairros periféricos da cidade. Estes alunos situam-se em uma faixa etária que pode variar entre quatro e 12 anos aproximadamente e são encaminhados pelas escolas quando, por solicitação dos professores, o psicólogo escolar (ou na falta deste, o coordenador pedagógico) decide pela necessidade do atendimento clínico.

O presente estudo analisa as características de uma amostra composta de 65 crianças que procuraram a clínica no ano de 1985. A amostra foi caracterizada a partir dos dados obtidos na triagem e na anamnese familiar, quanto a: sexo dos sujeitos, idade e escolaridade das crianças na época do atendimento, idade, nível profissional e educacional dos pais, número de componentes da família, renda e constituição familiar. Além destas características sócio-demográficas, foram ainda computados os dados relativos à queixa apresentada ou motivo que mobilizou a busca de ajuda psicológica, a escola que encaminhou e os índices de abandono e desistência no decorrer do diagnóstico. Considerou-se que estas três últimas variáveis, embora não se incluam entre as variáveis biográficas, são de especial interesse para o presente estudo, à medida que permitem elucidar a maneira pela qual a população atendida tem acesso à clínica (através da variável "escola que encaminhou"), quais os motivos apresentados ao se dar início ao atendimento (variável "queixa ou motivo da consulta") e de que modo a família responde a uma demanda que inicialmente é apenas da escola (variável "percentagem de abandono").

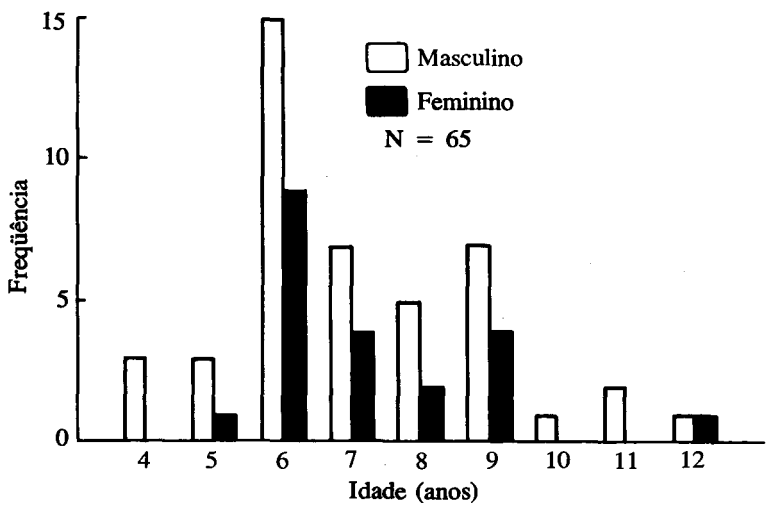
O procedimento de coleta de dados consistiu em uma consulta aos prontuários dos casos atendidos pela instituição. Dentre a população atendida durante o ano

de 1985, que constava de 182 casos, foi sorteada uma amostra de 65 casos, utilizando-se para tanto uma tabela de números equiprováveis.

3. Resultados e discussão

Examinaremos inicialmente a amostra quanto a sexo e faixa etária dos sujeitos, em anos completos. Os dados encontram-se resumidos na figura 1, que evidencia uma freqüência bastante alta de meninos que são levados à clínica (no total de 44), em comparação com a freqüência de meninas (ao todo 21). As idades variaram de quatro a 12 anos. A maior concentração, 24 sujeitos, está na faixa etária de seis anos, seguida de 11 crianças com sete e nove anos; e a menor concentração, apenas uma criança, na faixa etária de 10 anos. Em todas as faixas de idade observa-se uma freqüência mais elevada de meninos, o que demonstra uma tendência uniforme nesta direção.

Figura 1
Distribuição da amostra quanto a sexo e faixa etária dos sujeitos, em anos completos



A partir desses dados, podemos levantar algumas hipóteses que talvez possam explicar a alta incidência de sujeitos do sexo masculino: a) existiria um maior nível de expectativa (por exemplo, de aquisição de habilidades sociais) com relação ao sexo masculino, o que poderia traduzir-se em uma menor tolerância dos pais e professores; b) a sociedade, através do processo de socialização, condicionaria características (papéis sociais) diferentes para ambos os sexos, de tal modo que se espera, por exemplo, que as meninas sejam mais caseiras, obedientes e estudiosas do que os meninos. O tipo de educação usualmente dispensado aos meninos, pelo contrário, estimula o desenvolvimento relativamente precoce de habilidades sociais, tais como fazer amizades fora de casa, defender-se em brigas de rua, etc.

Assim, os problemas de ajustamento e sociabilidade seriam mais evidentes nos meninos do que nas meninas.

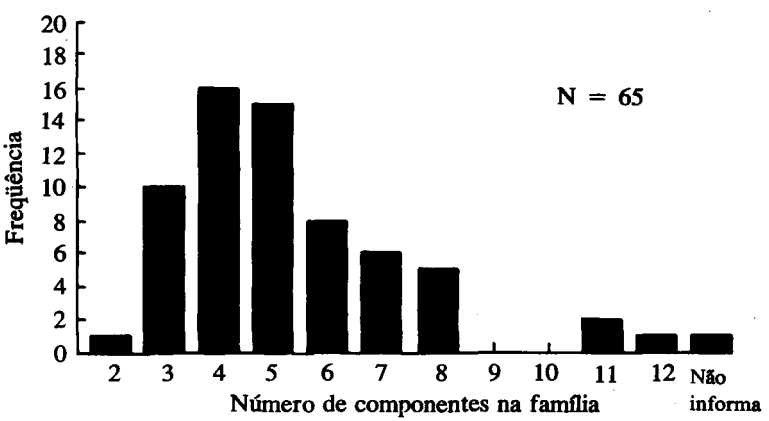
Contudo, se existe uma expectativa mais alta em termos de desempenho escolar em relação às meninas e se, conforme veremos mais adiante, as queixas incidem em maior freqüência nos problemas escolares, como explicar por que um número maior de meninos procura os serviços da clínica? É preciso lembrar que as queixas escolares na verdade encobrem queixas de ordem emocional e social (como veremos mais adiante) e que estas parecem ser, de fato, as responsáveis pela ida de um maior número de meninos à clínica.

Com relação à distribuição quanto à escolaridade e faixa etária das crianças, há uma busca significativamente mais acentuada dos seis aos nove anos, ou seja, da idade pré-escolar até o ingresso na escola primária. A maior incidência (36,9%) recai na faixa de seis anos, que diz respeito às crianças que freqüentam os parques infantis (pré-escola) e que, portanto, estão em vias de serem alfabetizadas. Seguem-se as idades de sete anos (16,9%), oito anos (10,8%) e nove anos (16,9%), coincidindo com os primeiros anos de escolarização. A propósito, quase a metade (47,7%) dos casos da amostra foi encaminhada por parques infantis (aqui se levou em consideração, para efeito de cálculo, o total de crianças oriundas do pré-primário, acrescido das crianças do 1º e 2º estágios). Este dado diferencia-se do obtido por El-Id (1976), que constata que apenas 9% dos casos da amostra haviam sido enviados por parques infantis.

Isto sugere que dificuldades mais amplas do que simplesmente o insucesso escolar podem ser fatores preponderantes na mobilização por uma busca de ajuda psicológica. Isto porque não se pode falar propriamente em dificuldades específicas de aprendizagem para alunos de pré-escola, em que a aprovação para o estágio posterior é automática, baseando-se apenas no critério de idade.

Quanto à escolaridade, os dados indicam uma predominância de sujeitos na 1ª série (36,9%), seguida de pré-primário (35,4%) e 2º estágio (13,8%). Os dados obtidos por El-Id (1976) também mostram alta incidência de crianças na 1ª série

Figura 2
Distribuição da amostra segundo o número de pessoas que compõem a família



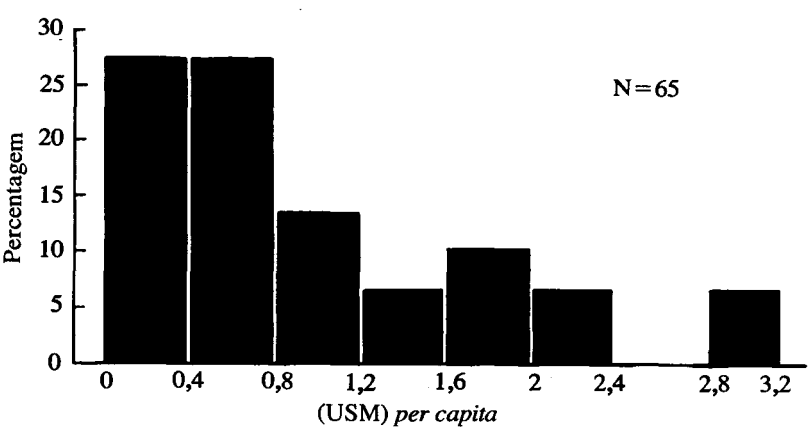
(53%), embora mostrem, por outro lado, freqüências muito menores no pré-primário (6%) e no 2º estágio (2%). Estes resultados revelam que parece existir atualmente uma maior percepção das dificuldades das crianças por parte das escolas pré-primárias. Persiste, contudo, a alta freqüência de encaminhamentos de crianças de 1ª série, o que sugere a hipótese de uma inadequação dos programas de ensino, que exigiriam da criança um rendimento superior ao seu estágio de desenvolvimento ou ao que ela está podendo aproveitar de seu potencial. Um outro fator que talvez concorra na explicação deste fenômeno é que os programas de educação pré-escolar não estariam atendendo às necessidades das crianças em termos de preparação para a alfabetização e ensino da 1ª série, o que aumentaria a probabilidade de fracasso.

A figura 2 apresenta os dados relativos ao número de pessoas que compõem a família. A maior concentração foi verificada em famílias de quatro pessoas (16 casos), seguida de cinco pessoas (15 casos). A menor concentração deu-se em famílias mais numerosas, de 12 pessoas, e em famílias compostas por apenas dois membros, mãe e filho (ambas com uma única ocorrência). A média verificada foi de cinco pessoas por família. Houve ainda o caso de um prontuário que não apresentou informações quanto ao número de componentes da família.

A figura 3 apresenta a distribuição da amostra em função da renda declarada pelos pais na época de atendimento, convertida em unidade de salário mínimo (USM) *per capita*. Essa renda foi transformada em números de salários mínimos, segundo o valor vigente na época do atendimento. O valor encontrado foi, por sua vez, dividido pelo número de componentes da família, encontrando-se então o valor da USM *per capita*. O histograma mostra que ocorre uma maior incidência de famílias (55,2%) que recebem de 0 a 8,8 USM *per capita*.

Figura 3

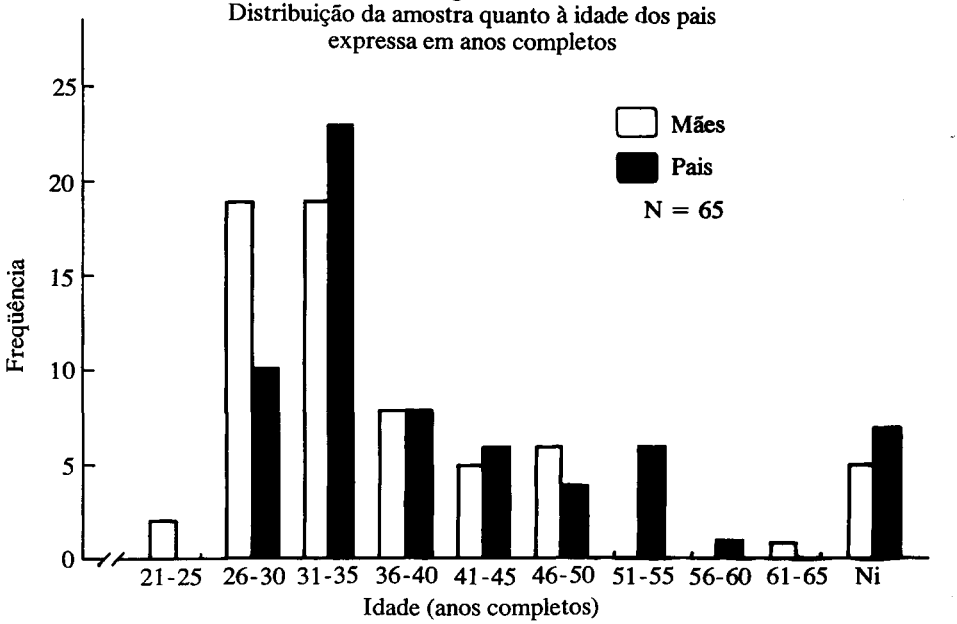
Distribuição da amostra em função da renda declarada pelos pais na época do atendimento, expressa em unidade de salário mínimo (USM) *per capita*



Examinando a amostra quanto à faixa etária dos pais, também em anos completos (figura 4), observa-se uma maior concentração na faixa etária de 31-55 anos

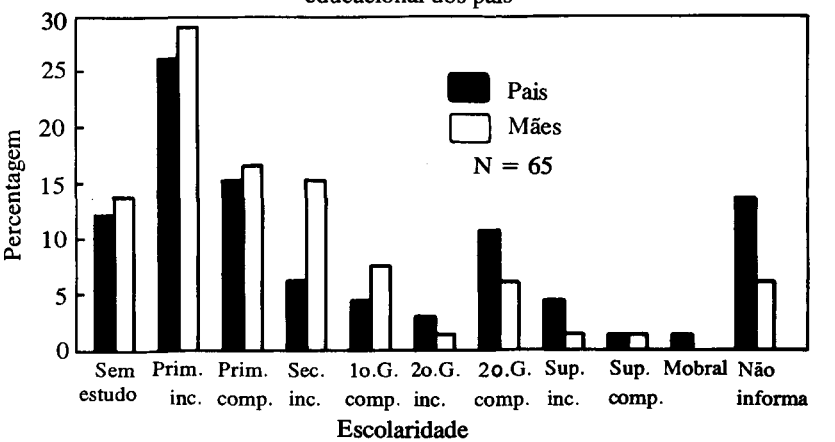
(23 pais e 19 mães), seguida da faixa etária de 26-30 anos (10 pais e 19 mães). A menor concentração deu-se na faixa etária de 56-60 e 61-65 anos (ambas com um único caso). A média de idade dos pais é de 37,4 e das mães, 34,6.

Figura 4
Distribuição da amostra quanto à idade dos pais expressa em anos completos



Os dados referentes à distribuição dos casos quanto ao nível de escolaridade dos pais são apresentados na figura 5. A maior concentração deu-se no 1º grau (quatro anos do primário) incompleto (27,7), seguida do primário completo 16,2%). A maioria dos pais das crianças atendidas na clínica (67,8%) varia de analfabetos aos que possuem curso secundário incompleto.

Figura 5
Distribuição da amostra em função do nível educacional dos pais



Um dado interessante de se notar é que existe proporcionalmente um maior número de mães com um nível de escolaridade menor em relação ao número de pais. Em outras palavras, nos casais da amostra, a mãe tende a ter um nível educacional menor do que o do pai. Da totalidade de pais, 13,1% são analfabetos e 10% não informam o nível de escolaridade. Dentre estes, a maioria é de pais, o que se justifica pelo fato de a maioria dos dados serem fornecidos exclusivamente pelas mães, que por vezes desconheciam o grau de instrução dos maridos.

Uma vez cotejados com os dados obtidos por El-Id (1976), estes resultados mostram que houve uma diminuição significativa nas percentagens de pais analfabetos (de 28% para 13,1%), de pais com primário incompleto (de 35% para 27,7%), e de pais com primário completo (de 31% para 16,2%), havendo concomitantemente um aumento de freqüência na distribuição pelos demais níveis de instrução. Se na amostra de El-Id apenas 3% dos pais possuíam ginasial (1º grau) completo, no presente estudo obteve-se 6,1% (10,8% tem secundário incompleto). Se 2% tinham colegial (2º grau) completo, em contraste foram encontrados 8,4% no presente trabalho. Nenhum pai se enquadrava no nível superior, enquanto obtivemos 1,5% de pais com superior completo e 3,1% com superior incompleto. Os dados relativos a nível profissional dos pais ou responsáveis são apresentados na tabela 1.

Para a classificação das profissões, foi utilizada a relação elaborada por Grant (1984), que, por sua vez, se baseou nos critérios definidos por Lomônaco (1970). As profissões foram agrupadas em uma escala de seis pontos, que se baseia no nível de prestígio social das ocupações: aquelas profissões que contam com maior prestígio social são classificadas no nível 1 (médicos, engenheiros, advogados, etc.), as de prestígio um pouco mais baixo no nível 2, e assim sucessivamente até as profissões de mais baixo prestígio social, classificadas no nível 6 (empregadas domésticas, jardineiro, lixeiro, etc.).

Tabela 1
Distribuição da amostra em função do nível profissional da família, avaliado através da ocupação dos pais ou responsáveis

Categoria Profissional			Pai		Mãe		Total	
			f	(%)	*f*	(%)	*f*	(%)
Profissões liberais e administrativas			1	1,5	-	-	1	0,8
Dirigentes e Executivos			-	-	-	-	-	-
Inspetores, supervisores e outros não manuais, de padrão superior			6	9,2	1	1,5	7	5,4
Inspeção, supervisão e outros não manuais, de padrão inferior			3	4,6	2	3,1	5	3,8
Habilidade manual			30	46,2	13	20,0	43	33,1
Semi-habil dades manuais e sem habilidades manuais			19	29,3	22	33,8	41	31,5
Não se enquadra	Não trabalha	Prendas domésticas	-	-	23	35,4	23	17,7
		Aposentado	3	4,6	1	1,5	4	3,1
	Falecido		-	-	2	3,1	2	1,5
	Não informa		3	4,6	1	1,5	4	3,1
Total				65		65	130	100

Os dados mostram que a população de crianças atendidas na clínica apresenta características bem definidas quanto ao nível profissional dos pais. A maior parte dos pais exerce ocupações que requerem habilidade manuais (33,1%), semi-habilidades manuais e que não requerem alguma habilidade (31,1%). Há maior incidência de pais no nível 5 (dentre os 30 casos que exercem ocupações manuais especializadas, 14 são motoristas) e maior incidência de mães no nível 6, apesar de 58,4% das mães exercerem atividades remuneradas (faxineiras ou empregadas domésticas, principalmente), existe um grande número de mães (36,9%) que não exercem qualquer profissão. Esses dados, se confrontados com aqueles obtidos por El-Id (1976) acerca da distribuição das mães quanto ao nível profissional (apenas 33% da totalidade das mães exerciam alguma profissão, contra 67% que referiam "prendas domésticas"), permitem constatar que, decorridos dez anos, a proporção de mães que trabalham aumentou sensivelmente, como possível decorrência da nova conjuntura econômica. Isto, sem dúvida, vem constituir uma dificuldade adicional que os pais encontram para trazerem seus filhos à clínica.

Dos 65 casos estudados, observou-se um total de 12 (18,5%) em que as crianças provinham de famílias desagregadas. Para efeito da presente análise, definimos como "família desagregada" aquela em que, tendo ocorrido a separação ou falecimento de um dos cônjuges, aquele que ficou de posse da guarda dos filhos não voltou a constituir uma nova família. A criança fica na maior parte das vezes sob os cuidados dos avós maternos ou paternos (sete casos) ou de um dos pais (quatro casos), havendo o caso isolado de uma criança entregue à Febem por uma mãe que, na ausência do pai, estava destituída de recursos materiais para arcar com a sua subsistência. Entre as principais causas responsáveis pela desagregação familiar detectadas, figuram: morte ou abandono da mãe (seis casos), morte ou abandono do pai (três casos) e alcoolismo do pai (três casos). Observou-se, ainda, a ocorrência isolada de um pai que, tendo se separado da mulher, ficara com a guarda da criança.

Por outro lado, há alta incidência (17%) de referências a quadro de alcoolismo patológico do pai, aliado a episódios de agressividade, freqüentes ou esporádicos, dirigidos à mulher e aos filhos. Por exemplo, no prontuário de nº 1 podemos ler: "O pai bebia e tinha outras mulheres. Batia na mulher. A separação deu-se quando a criança tinha dois anos e meio, não mais tendo contato com ele desde então." No prontuário de nº 8: "O pai é nervoso e explosivo. Espanca a filha e a mãe com cinto, tapas e socos." No prontuário de nº 46: "Pai alcoólatra. Bate na mãe na frente da criança. Quando nervoso, costuma enfiar uma faca na parede, quebra coisas e diz que alguém o persegue."

Quanto ao motivo da consulta, apresentaram queixa única 20 sujeitos (30,8% dos casos), sendo que a maior parte destas queixas referiam-se a "nervosismo" (35%) e "distúrbios de aprendizagem" (30%). As demais queixas apareceram em freqüências bem menores: 15% referiam "timidez", 10% referiam "gagueira" e 5%, "distúrbios de linguagem". Queixas múltiplas (duas ou mais) foram apresentadas por 45 sujeitos (69,2% dos casos). Todas foram levadas em consideração para fins de levantamento quantitativo.

Para uma melhor sistematização dos dados, as queixas foram agrupadas em categorias mais amplas, a saber:

a) "distúrbios de aprendizagem" – Onde foram computadas todas as queixas relativas a baixo rendimento escolar, repetência, lentidão, dificuldade quanto à concentração, atenção, memorização dos conceitos, compreensão, coordenação motora e alfabetização. A criança é referida como sendo "esquecida, deslembrada, dis-

persa, desatenta, bloqueada, desinteressada, recusa-se a fazer as atividades";
b) "nervosismo" – A palavra "nervosismo" foi usada pelos pais, indiscriminadamente, para expressar tratar-se de criança agressiva (em casa ou fora dela, física e verbalmente), impaciente, desobediente, rebelde, briguenta, que provoca colegas/irmãos, que chama a atenção a todo momento, que apresenta comportamento desajustado, revoltada, provocativa, teimosa. Se optássemos por computar separadamente cada um destes comportamentos, os dados ficariam divididos de forma artificial, uma vez que eram sempre referidos em conjunto. Optamos, então, por utilizar a mesma denominação apresentada pelos pais: nervosismo (conforme El-Id, 1976);
c) "instabilidade motora" – Dificuldades motoras (coordenação, orientação têmporo-espacial, ritmo, lateralidade, seriação, ritmias motoras – balanceios), distúrbios de percepção. A criança é referida como sendo irrequieta, tensa, agitada, impulsiva, que não pára na cadeira, conversa muito, é "elétrica";
d) "timidez" – Refere-se a crianças quietas, isoladas, que brincam sozinhas, com pouca participação nas atividades de grupo, revelando grande dificuldade no relacionamento com colegas da mesma idade. A criança é referida como sendo retraída, inibida, sem iniciativa própria, depressiva, contida, passiva, bloqueada, apática, insegura, "boba", desligada e alheia ao que se passa ao seu redor, vive em seu mundo, é "aérea", cautelosa, desanimada.
e) "distúrbios de linguagem" – Problemas de linguagem oral e escrita foram aqui agrupados (atraso na fala, troca de letras na escrita e na fala, articulação, problemas de leitura). Computamos separadamente a queixa de gagueira, porque, embora seja referida normalmente como uma desordem de ritmo da fala, é colocada na literatura como uma manifestação mais extrema da mesma. Assim, optamos por considerar a gagueira como um tipo especial das disfunções da linguagem. Sob esta categoria, agrupamos as referências à fala hesitante, repetições ou prolongamento de fonemas, alterações de ritmo, de andamento, interrupções, e bloqueios momentâneos da fala.

A distribuição das crianças em função das queixas apresentadas como justificativa para a busca de ajuda ou orientação é apresentada na tabela 2. Examinando

Tabela 2
Distribuição da percentagem de crianças do sexo masculino e feminino em função do tipo de queixa apresentada. As percentagens foram calculadas com base no total de sujeitos do sexo masculino e feminino, respectivamente

Sujeitos* / Queixas	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Distúrbios de aprendizagem	59,1	66,7	61,5
Nervosismo	52,3	38,1	47,7
Instabilidade motora	36,4	38,1	36,9
Timidez	25,0	23,8	24,6
Distúrbios de linguagem	11,4	23,8	15,4
Gagueira	2,3	4,8	3,1
Não há	4,5	-	3,1

* Quando o caso apresentava mais de uma queixa, computou-se cada uma delas.

esta tabela, verifica-se que o insucesso escolar é o fator que mais tem mobilizado a busca do atendimento psicológico oferecido pela clínica. São dificuldades que se manifestam na aprendizagem escolar e que acarretam um prejuízo no rendimento escolar da criança, contrariando as expectativas dos pais e professores. Uma alta percentagem dos casos atendidos (61,5%) refere "distúrbios de aprendizagem". Seguem-se as queixas – relativas a "nervosismo" (47,7%) e "instabilidade motora" (36,9%). Não referem queixa alguma 3,1% dos casos: o informante refere desconhecer a causa do encaminhamento da criança, solicitado pela escola.

A queixa de "timidez", referida em apenas 24,6% dos casos, parece indicar que este tipo de dificuldade no relacionamento com os demais provavelmente não se constitui em fonte de preocupação para pais e professores a não ser em grau extremo. O oposto parece ocorrer com as queixas de distúrbios de aprendizagem, nervosismo e instabilidade motora, menos toleráveis e, possivelmente, aquelas que mais chamam atenção, por colidirem com as expectativas quanto ao bom comportamento e rendimento escolar.

Chama a atenção uma diferença notável na percentagem de meninos e meninas que apresentam nervosismo (com predominância de meninos) e distúrbios de linguagem e gagueira (com predominância de meninas).

Em alguns casos houve referência a distúrbios orgânicos (epilepsia e disritmia), que aqui denominaremos "indícios neurológicos".

Entre os casos que referem "distúrbios de aprendizagem", 12,5% apontam também antecedentes neurológicos. A mesma percentagem de indícios neurológicos é referida nas queixas de "nervosimo" (12,9%) e "instabilidade motora" (12,5%). O mais surpreendente é que as queixas relativas a "distúrbios de linguagem" e "timidez" apresentem uma alta incidência de referência a comprometimento neurológico, respectivamente 30% e 25%. Isto pode ser explicado pelo fato de a incidência de indícios neurológicos pesar diferentemente para cada queixa. Como são relativamente poucas as queixas de "distúrbios de linguagem" e "timidez", uma única referência a comprometimento neurológico associado a estas queixas é muito significativa em termos percentuais. Além disso, devido ao fato de serem computadas queixas múltiplas (isto é, as categorias não serem mutuamente exclusivas), podemos, por exemplo, encontrar a seguinte situação: poucas referências em "timidez" (que tem um número relativamente menor de ocorrências) também estão computadas em distúrbios de aprendizagem (que têm, comparativamente, uma maior incidência de casos).

Do total de 65 sujeitos, 13 (20%) referem na queixa antecedentes de comprometimento e tratamento neurológico, que são relacionados pelos pais às diferentes queixas. Os dados apresentados na tabela 2, de um modo geral, replicam aqueles obtidos por El-Id (1976).

Foram referidas ainda outras queixas (queixas secundárias), além das computadas nas categorias mencionadas (queixas primárias). São elas: distúrbios na esfera oroalimentar (dificuldades alimentares, anorexia, voracidade), sono (agitação, sonambulismo, terror noturno), fobias (medo de escuro, de pessoas, de ir à escola), ciúme (de pais, irmãos e professores), roubo, enurese, encoprese, hábito de mentir, transexualismo e estupro. Estas queixas não foram relacionadas separadamente por não terem constituído, aos olhos da família e da escola, motivos relevantes na vinda à clínica, já que acompanhavam outras queixas principais e ocorreram em freqüência reduzida, a saber:

a) distúrbios oroalimentares – 6,1% dos casos, sendo 4,6% do sexo masculino e 1,5% do sexo feminino. As crianças aqui referidas variaram entre cinco e seis

anos de idade, do 2º estágio à 1ª série. Em 1,5% dos casos houve referência a comprometimento neurológico;
b) distúrbios do sono – 12,3% dos casos, sendo 7,7% do sexo masculino e 4,6% do sexo feminino. As crianças aqui referidas variaram de cinco a dez anos de idade, do pré-primário à 2ª série. Também em 1,5% dos casos houve referência a comprometimento neurológico;
c) fobias – Referidas em 9,2% dos casos, 7,7% do sexo masculino e 1,5% do sexo feminino. As idades variaram de seis a sete anos. As crianças freqüentavam da pré-escola à 1ª série;
d) ciúmes – 4,6% dos casos, 1,5% do sexo masculino e 3,1% do sexo feminino, de seis a nove anos de idade, do 2º estágio à 1ª série;
e) roubo – 6,2% dos casos, tendo ocorrido percentagens iguais para ambos os sexos, com idades variando de seis a oito anos e escolaridade de pré-primário à 1ª série;
f) enurese – Referida em 7,7% das queixas, sendo 4,6% do sexo masculino e 3,1% do sexo feminino. As idades variaram entre sete e onze anos e a escolaridade, da 1ª à 2ª série;
g) encoprese – Ocorreu apenas um caso (sexo feminino, seis anos, pré-escola);
h) transexualismo – Ocorreu apenas um caso (sexo masculino, quatro anos, 1º estágio);
i) estupro – Também ocorreu somente um caso (sexo masculino, sete anos, 1ª série).

A comparação das idades dos sujeitos em relação às queixas mostra que na faixa de seis anos, concentra-se a maioria das queixas apresentadas – "nervosismo" (22%), "distúrbios de aprendizagem" (19%), "timidez" (15%), "instabilidade psicomotora" (9%) e "distúrbios de linguagem" (6%), à excessão de gagueira, que parece ser percebida mais tardiamente, a partir dos sete anos. É possível que os pais resistam a encarar, antes dos sete anos, a gagueira como problema que possa justificar uma intervenção psicológica, preferindo acreditar que se trata de uma dificuldade passageira, que tende a se redimir espontaneamente com o desenvolvimento da criança.

Com referência à escolaridade dos sujeitos, no pré-primário dá-se a maior ocorrência de queixas relativas a "nervosimo" (25%), "distúrbios de aprendizagem" (20%), "timidez" (15%) e "instabilidade motora" (11%). Porém, compreensivelmente, é na 1ª série que ocorre o maior número de queixas referentes a "distúrbios de aprendizagem" (28%), aparecendo ainda alta incidência de queixas de "nervosismo" (14%), "instabilidade motora" (11%) e "timidez" (11%).

Esses dados diferenciam-se bastante dos obtidos por El-Id (1976), a saber: concentração maciça das queixas na 1ª série (40%), seguida das séries posteriores do primário. A hipótese sugerida pela autora é a de que o ingresso na 1ª série acaba por se constituir numa oportunidade para a percepção de problemas anteriormente existentes, porém não detectados. Um confronto com a presente pesquisa evidencia que, se, por um lado, a ênfase principal nas queixas da 1ª série continua sendo colocada sobre problemas de aprendizagem, por outro, os problemas relacionados mais diretamente à conduta da criança ("nervosismo", "instabilidade motora" e "timidez") estão sendo percebidos numa idade mais precoce (seis anos), resultando provavelmente em um melhor prognóstico.

Os casos que compunham a amostra eram provenientes de 35 escolas; a maior parte delas (23) foi responsável pelo encaminhamento de apenas um caso cada uma. Esse dado indica que há uma distribuição relativamente homogênea dos

atendimentos pelas escolas vinculadas que efetivamente se beneficiam do serviço. Contudo, se considerarmos que o total de escolas vinculadas é de 96, vemos que apenas 36,5% são beneficiadas pelo atendimento psicológico. De fato, consultando-se a tabela 3, nota-se que a distribuição percentual de escolas (agrupadas de acordo com as Regionais a que pertencem) atendidas é extremamente heterogênea. As regiões geograficamente mais próximas à clínica, como Pinheiros, Lapa, Santo Amaro, Sé e Butantã obtêm maior acesso ao atendimento, enquanto que as regiões mais afastadas apresentam tendência oposta, traduzindo sintomaticamente o problema da excessiva centralização do serviço.

Tabela 3
Distribuição das escolas vinculadas à clínica em comparação com as escolas efetivamente atendidas, considerando as Regionais Administrativas a que estas escolas pertencem

Escolas	Total de escolas vinculadas		Total de escolas atendidas		% de escolas atendidas***	
Regionais	EM*	EMEI**	EM	EMEI	EM	EMEI
Butantã	18	10	11	5	61	50
Pinheiros	2	4	2	1	100	25
Lapa	3	-	3	-	100	-
Campo Limpo	5	4	1	1	20	25
Santo Amaro	2	1	2	1	100	100
Vila Mariana	7	7	2	3	29	43
Sé	-	1	-	1	-	100
Pirituba	21	11	1	1	5	9
Total	58	38	22	13		

* EMEI (escola municipal de educação) abrange os estágios iniciais de escolarização, prévios à alfabetização: 1º estágio e pré - escola ou 3º estágio.

** EM (escola municipal) correspnde às primeiras séries do 1º grau.

*** As percentagens foram calculadas com base no total de EM e de EMEI pertencentes a cada Regional.

Dos 65 casos analisados, 56 (86,2%) concluíram o psicodiagnóstico, sendo que nove (13,8%) desistiram ou simplesmente abandonaram o processo antes de seu término. Não foi possível determinar os fatores que motivaram estas desistências e abandonos, uma vez que, nestes casos, os prontuários informam apenas que "a criança foi desligada, uma vez que os pais não compareceram à clínica após duas ou três convocações consecutivas através das escolas" (configurando, então, um caso de abandono), ou "a criança foi desligada porque os pais alegam não terem condições de trazê-la à clínica" (caracterizando um caso de desistência do atendimento psicológico).

Por esse motivo, computou-se o índice de abandono do atendimento no decorrer do diagnóstico em função de algumas variáveis, tais como: escola que fez o encaminhamento, sexo, idade e nível de instrução da criança, nível profissional e escolar, idade dos pais, queixa apresentada.

Não se observou concentração do índice de abandono em alguma escola em particular. Cada um dos noves casos pertencia a uma escola diferente, com exceção de uma escola que apresentou dois casos de abandono. No referente ao sexo dos sujeitos, encontrou-se 12,3% de sujeitos do sexo masculino e 1,5% de sujeitos

do sexo feminino, o que deve provavelmente traduzir uma diferença significativa. Isto é, a quase totalidade dos sujeitos que abandonaram o atendimento pertence ao sexo masculino.

Os casos de abandono foram ainda cotejados em função da faixa etária e nível de escolaridade das crianças, assim como do nível profissional e escolar dos pais. Nenhuma diferença marcante nos dados foi encontrada. No que se refere às queixas apresentadas, o índice de abandono foi de 23% para as queixas de "nervosismo", 12% para "instabilidade motora", 10% para "distúrbio de aprendizagem" e 6% para "timidez". Observou-se que as únicas queixas em que não se verificou abandono foram as referentes a "distúrbios de linguagem" e "gagueira". Este dado replica o obtido por El-Id (1976), e parece confirmar sua hipótese de que isto provavelmente se deve ao fato de serem tais distúrbios de grande evidência para os pais, que por isso adeririam mais facilmente ao atendimento, após serem conscientizados sobre a necessidade de tratamento para criança.

4. Considerações finais

Os resultados obtidos indicam que a população atendida caracteriza-se homogeneamente quanto ao nível profissional e educacional dos pais, constituindo-se em sua quase totalidade por indivíduos de nível sócio-econômico e cultural restrito. De fato, a maior parte da clientela é originária de famílias cujo estilo de vida é bastante semelhante, à medida que procedem de um estrato social constituído de trabalhadores manuais com pouca ou nenhuma qualificação, recebendo em sua maior parte menos de um salário mínimo *per capita*. Constituem, portanto, uma faixa da população infantil que, à falta de instituição, dificilmente teria acesso a um atendimento psicológico.

Além dos fatores econômicos propriamente ditos, podem estar condicionando a procura de atendimentos psicológico gratuito a inadequação do sistema escolar e dos programas de ensino dos anos iniciais da escolarização às necessidades específicas desta população de crianças, a percepção por vezes tardia de problemas existentes desde o seu ingresso na escola ou preexistentes ao mesmo, e o conseqüente agravamento das dificuldades, bem como os valores próprios à nossa sociedade, responsável pelo condicionamento de papéis sociais, experiências com o meio ambiente e expectativas diferenciadas para ambos os sexos.

Por outro lado, se uma expressiva parcela do trabalho clínico do psicólogo com estas crianças incide sobre dificuldades de adaptação à escola, uma questão que imediatamente se coloca é a da adequação do espaço institucional da clínica para a investigação e tratamento das mesmas. Não seria mais produtivo que a situação escolar, de uma maneira mais ampla, pudesse ser tomada pelo psicólogo como foco de sua intervenção profissional? Em igual medida, a situação familiar e o contexto sócio-econômico mais amplo não precisariam ser reconsiderados do ponto de vista de suas implicações diretas na problemática sobre a qual se pretende atuar?

Apesar de as queixas apresentadas pelos pais estarem muitas vezes associadas às dificuldades ou fracasso escolar, cuja origem é atribuída a uma problemática supostamente inscrita na criança e restrita a ela (enquanto paciente-designado), em nossa experiência temos observado que a história clínica da criança indica que são freqüentes os casos oriundos de um contexto emocional familiar conturbado. Este se constitui geralmente em torno de vínculos familiares patogênicos que, posteriormente, podem ser facilmente relacionados pelas avaliações diagnósticas aos

comprometimentos detectados no processo de desenvolvimento psicoafetivo da criança, que se refletem na sua adaptação escolar.

Estas constatações, associadas a outras derivadas de nossa experiência, apontam para a necessidade de se elaborarem programas de atendimento psicológico mais amplos. Seria necessária uma reformulação dos serviços prestados pela instituição, no sentido de abrangerem, à medida do possível, a família e a escola, não somente em seus aspectos patogênicos, mas, sobretudo, com um trabalho de inspiração basicamente psicoprofilática. Somos de opinião de que é preciso envolver o ambiente familiar e social, mobilizando-os rumo a um engajamento efetivo na melhora da criança, evitando-se com isso as cisões responsáveis pelas estereotipias tão comuns que ocorrem quando se toma como única fonte de problemas a criança. Uma intervenção preventiva e focal, que possibilite a obtenção de resultados mais imediatos – a exemplo de psicoterapias breves a partir da delimitação das áreas de conflito e da seleção de um determinado foco de atuação – parece ser a mais indicada para dar conta simultaneamente das necessidades peculiares à população atendida e à instituição, já que propicia a obtenção de resultados em um tempo sensivelmente menor e, conseqüentemente, o acesso de um maior número de pessoas aos serviços disponíveis. Por outro lado, sabe-se que o trabalho abreviado pode ser conciliado com a manutenção do nível de profundidade e da qualidade do atendimento requerido, desde que se tenha claro que o objetivo não é o de curar, mas promover saúde, "entendendo por saúde não só a ausência de doença, mas um aproveitamento mais eficiente de todos os recursos com que conta cada grupo para mobilizar sua própria atividade na procura de melhores condições de vida, tanto no campo material como no cultural, no social e no psicológico" (Bleger, 1980, p. 106). Assim, se partirmos de uma terapêutica verdadeiramente orientada para os interesses e características peculiares da clientela, é possível alcançar um fortalecimento do vínculo da família com o trabalho do psicólogo, o que poderia contribuir para diminuir o índice de desistência e abandonos, através de encaminhamentos mais adequados e realistas, e que obtenham maior receptividade.

Para finalizar, cabe enfatizar ainda uma vez mais a importância de estudos desta natureza, que forneçam subsídios para o desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica, levando-se em conta a especificidade da população atendida pela instituição, em vez de mascará-la com o rótulo genérico e pouco esclarecedor de "população carente".

Abstract

The objective of the present study was to characterize the clientele of a public, free institution devoted to child care in the city of São Paulo by surveying the medical records of cases which psychological diagnosis seen during 1985. The study was conducted on 65 cases which compose a randomly selected sample out of a total of 182 cases seen at the Itaim Psychological Outpatient Clinic Which provides psychological care for students of city schools. The demand for this institution was analyzed by recording data such as sex, age, educational level, socioeconomic level of the family, number of components and constitution of the family, as well as other relevant variables such as complaint, school that referred the patient and interruption of continuation of treatment. Analysis of the results showed that most children are males, ranging in age from 6 to 9 years and enrolled in preschool and in the first year of elementary school. The parents are of considerably underprivileged socioeconomic level and their occupations involve manual, semi-

skilled or unskilled work. The children's problems reported by the parents in their complaints basically concern school. However, the diagnosis in most cases shows the presence of problems of an emotional nature covered by school complaints. In view of these results, the possibility is discussed of eleborating intervention strategies more adapted to a population with such characteristics and accredited by critical reflexion.

Referências bibliográficas

Abramovay, M.L.A.; Minosso, M.A. & Duarte, W.F. Características da clientela da Clínica-Escola de Psicologia da Faculdade de Santo Amaro - OSEC. *Programa e Resumos da XVII Reunião Anual de Psicologia da SPRP*, de 27 a 31 out. 1987. p. 279.

Bleger, J. Administração das técnicas e dos conhecimentos de grupo. In: *Temas de psicologia:* entrevista e grupos. Trad. Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

Duarte, W.F.; Minosso, M.A.; Santos, L.M.B. & Mello, M.C.A. A entrevista de triagem psicológica na Clínica-Escola da OSEC: Caracterização da clientela e elaboração de um procedimento técnico para a sua realização. *Programa e Resumos da XVIII Reunião Anual de Psicologia da SPRP*, 25 a 29 out. 1988. p. 242.

El-Id, K. *Caracterização da população atendida por uma clínica psicológica infantil de assistência pública.* São Paulo, 1976 (trabalho não publicado).

Figueiredo, M.C., Bittencourt, M.I.C.M.F. & Netto, P.A.C. O atendimento psicológico de crianças de nível sócio-econômico baixo numa instituição: considerações sobre o estágio no SPA da PUC/RJ. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 36* (2): 82-98, 1984.

——— & Shvinger, A.A. Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 33* (3): 46-57, 1981.

Grant, W.H. *Ansiedade e gravidez:* Dissertação de mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1984 (trabalho não publicado).

Katzenstein, B. & Longhin, M.I. Motivos da consulta a um Centro de Orientação Infantil em São Paulo ou o "porquê" da procura de uma clínica psicológica (estudo realizado em 1.000 casos de crianças e jovens). *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica, 11* (3-4): 65-6, 1959.

Lomônaco, J.F.B. *Valores profissionais de criança e adolescentes.* Dissertação de mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo, 1970 (trabalho não publicado).

Lopez, M.A. *Avaliação do serviço de psicologia clínica.* Dissertação de mestrado, São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 1981 (trabalho não publicado).

———. Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 35* (1): 78-92, 1983.

Macedo, R.M., ed. *Psicologia e instituição: novas formas de atendimento. São Paulo, Cortez, 1984.*

Pereira, M.S. *Diagnóstico psicológico em clínica-escola:* um questionamento profissional. Dissertação de mestrado. São Bernardo do Campo, Instituto Metodista de Ensino Superior, 1983 (trabalho não publicado).

Santos, M.A. O psicodiagnóstico infantil em grupo: uma experiência em instituição. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 39* (2): 3-17, 1987.

Silva, R.C. *O trabalho do psicólogo em centros de saúde:* algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde. Tese de doutorado. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1988 (trabalho não publicado).

———; Muñoz, F.M.J.; Cursino, E.A. & Oliveira, M.L. Atuação psicológica na atenção primária à saúde (APS): Análise da demanda clínica I. *Resumos da XVII Reunião Anual de Psicologia da SBPR*, 27 a 31 out. 1987*a*, p. 295

Silva, R.C. Atuação psicológica na atenção primária à saúde (APS) Análise da demanda clínica II. *Resumos da XVIII Reunião Anual de Psicologia da SBPR*, 27 a 31 out. 1987*b*, p. 296.