

# Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA

Lylla Cysne Frota D'Abreu

*Universidade de Potsdam  
Potsdam, Alemanha*

Edna Maria Marturano

*Universidade de São Paulo  
São Paulo, SP, Brasil*

## RESUMO

Queixa escolar é um dos principais motivos de encaminhamento de crianças à rede pública de saúde e clínicas-escola de psicologia. Estudos sugerem que no segmento de crianças encaminhadas com queixa escolar, a prevalência de problemas de saúde mental é maior que na população geral. Este trabalho teve como objetivo identificar transtornos psiquiátricos associados à queixa escolar segundo categorias do DSM-IV-TRTM, além da descrição da clientela. Participaram 103 crianças com queixa escolar, de seis a doze anos, inscritas em uma clínica-escola de psicologia. Foram feitas consultas aos prontuários e aplicação junto ao responsável da versão brasileira do Development and Well-Being Assessment (DAWBA), entrevista de diagnóstico psiquiátrico na infância compatível com o DSM-IV-TRTM. Foi encontrada alta prevalência de crianças com problemas de saúde mental, história prévia na área de saúde e uso de medicação psicotrópica. O trabalho oferece subsídios para a defesa de políticas públicas na área de saúde mental infantil.

**Palavras-chave:** DAWBA; queixa escolar; transtorno psiquiátrico; criança.

## ABSTRACT

*Identification of mental health problems related to school underachievement according to DAWBA*

Low performance at school is one of the main reasons for referral of children to public health services and clinical school of psychology. Studies suggest that the prevalence of mental health problems is higher among children with underachievement than in general population. This study aimed to identify psychiatric disorders associated with underachievement according to the categories of DSM-IV-TRTM and describe the clientele. One hundred and three children participated, aged 6 to 12 years, referred to a university clinic of psychology, with complaints of underachievement. The records were consulted and the adapted Brazilian parent-version of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA), interview for the diagnosis of mental disorders in childhood and adolescence according to DSM-IV-TRTM, was applied. A high prevalence of mental health problems, previous health treatments, and use of psychotropic medication was found. The work offers clues to the need of public policies in the area of child mental health.

**Keywords:** DAWBA; underachievement; psychiatric disorder; child.

## RESUMEN

*Identificación de problemas de salud mental asociados al bajo rendimiento escolar según el DAWBA*

Bajo rendimiento escolar es una de las razones principales de encaminhamento de niños a servicios de psicología y de salud pública. Estudios sugieren que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor entre niños con bajo rendimiento que en la población. Este estudio tuvo como objetivo identificar los trastornos psiquiátricos asociados al bajo rendimiento escolar según las categorías del DSM-IV-TRTM y describir la clientela. Ciento tres niños participaron, de seis a doce años, atendidos en una clínica universitaria de psicología, debido al bajo rendimiento. Los registros fueron consultados y fue aplicada la versión brasileña de Development and Well-Being Assessment (DAWBA), entrevista de diagnóstico psiquiátrico en la infancia compatible con el DSM-IV-TRTM. Una alta prevalencia de problemas de salud mental, de tratamientos previos y de uso de psicotrópicos han sido encontrados. El trabajo ofrece pistas sobre la necesidad de políticas públicas en el ámbito de la salud mental de niños.

**Palabras clave:** DAWBA; bajo rendimiento escolar; trastorno psiquiátrico; niño.

Dificuldades no aprendizado escolar estão entre os principais motivos de procura de atendimento psicológico para crianças na rede pública de saúde e nas clínicas-escola de psicologia (Barbosa e Silveiras, 1994; Sales, 1989). A presença expressiva de crianças com queixa escolar na demanda por atendimento psicológico junto aos serviços de saúde na comunidade pode estar relacionada à co-ocorrência da dificuldade de aprendizagem com outros problemas adaptativos (Hinshaw, 1992).

Levantamento sobre a queixa escolar, feito sobre a clientela de um ambulatório de psicologia vinculado ao SUS, detectou 71% de crianças com problemas emocionais e/ou de comportamento em nível clínico (Marturano, Toller e Elias, 2005), uma taxa muito acima daquelas indicadas em estudos de prevalência na população brasileira, de sete a 20% (Cury e Golfeto, 2003; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Paula, Duarte e Bordin, 2007). Dadas as taxas de prevalência, o sofrimento pessoal e o custo social, a associação entre queixa escolar e problemas de comportamento pode ser apontada como um dos principais problemas de saúde mental na infância (Hinshaw, 1992).

Algumas consequências adversas da associação entre baixo desempenho escolar e problemas de comportamento/hiperatividade já estão bem fundamentadas na literatura através de estudos longitudinais: maior número de problemas de comportamento oposicional, antissocial e problemas emocionais, maior uso de medicação, de internações e taxas significativamente mais altas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (Biederman et al., 1996; Chadwick, Taylor, E., Taylor, A., Heptinstall e Danckaerts, 1990).

Profissionais de saúde sentem-se compreensivelmente desconfortáveis em relação à queixa escolar. Salta aos olhos a ineficiência do sistema educacional, em um país com estatísticas de 40% de alunos do ensino fundamental apresentando desempenho escolar pobre (Schirmer, Fontoura e Nunes, 2004) e 30% de adultos analfabetos funcionais ([www.ipm.org.br](http://www.ipm.org.br)).

Estas constatações têm sido vinculadas à ideia explícita de que os casos escolares devem ser solucionados no âmbito da escola, e que os encaminhamentos a serviços de saúde podem levar a um mascaramento das causas do fracasso escolar, transformando problemas de ensino em problemas de aprendizagem (Marturano, Magna e Murtha, 1993).

É justo, portanto, supor que muitas crianças estão sendo encaminhadas indevidamente à rede de saúde, quando a solução dos problemas de aprendizagem escolar compete à rede de ensino público. No entanto, os dados das pesquisas apresentadas anteriormente

revelam que a queixa escolar pode estar ligada também a problemas de saúde mental.

Para a correta identificação de crianças com problemas de saúde mental associados à queixa escolar, é preciso que o profissional de saúde esteja instrumentado para, em sua rotina, distinguir entre os casos clínicos e os de ordem educacional. Supondo que na população com queixa escolar a taxa de prevalência de transtornos psiquiátricos seja maior que na comunidade, é na rede de saúde que estes transtornos associados à queixa escolar devem ser identificados, diagnosticados e tratados.

Nesse contexto, faz-se oportuna uma investigação cujo objetivo é identificar os problemas de saúde mental, compatíveis com as categorias diagnósticas da CID-10 e do DSM-IV-TR™, em crianças com queixa escolar, atendidas no ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, além de caracterizar a amostra segundo dados sócio-demográficos (idade da criança e dos pais, nível de escolaridade e ocupação dos pais) e história pregressa de tratamento (origem do encaminhamento, profissional solicitante, outros tratamentos já realizados e uso de medicação).

## MÉTODO

Participaram 103 crianças, com idade entre seis e doze anos, de ambos os sexos, encaminhadas, em razão de dificuldade escolar, por profissionais da rede de saúde, ao Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

Foram aplicados instrumentos padronizados e validados no contexto brasileiro, a saber:

*Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)* – O SDQ é um instrumento de rastreamento que investiga problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Compreende 25 itens divididos em cinco sub-escalas: emocional, hiperatividade, relacionamento, conduta e comportamento pró-social. Fornece um ponto de corte para cada subescala, acima do qual o escore da criança é considerado anormal (exceto na subescala de comportamento pró-social, em que escores anormais estão abaixo do ponto de corte), sendo nesse caso indicada a aplicação do módulo correspondente na entrevista de diagnóstico descrita a seguir (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Goodman, 1999).

*Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (Development and Well-Being Assessment-DAWBA) – Versão para pais* – A entrevista para os pais envolve 14 seções de perguntas com alternativas de resposta e uma seção adicional de perguntas abertas,

não utilizada neste trabalho. Cada uma das seções diz respeito a uma classe de problema em saúde mental: desenvolvimento, ansiedade de separação, fobia específica, fobia social, pânico e agorafobia, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH, transtorno desafiador de oposição – TDO, transtorno de conduta, transtornos alimentares, transtornos de tiques e outras preocupações. Para cada um desses transtornos, a entrevistada investiga os sintomas e outros critérios necessários de uma forma semelhante ao DSM-IV-TR™ e à CID-10 (Goodman, Ford, Richards, Gatward e Meltzer, 2000). O transtorno é identificado da seguinte maneira: caso as perguntas de “screening” sejam positivas, ou caso o entrevistado já tenha referido o mínimo de problemas exigidos no SDQ para aquela seção, então se deve prosseguir na mesma seção. A seguir, caso o número de sintomas e a duração atinjam o critério estipulado no instrumento, o protocolo orienta o assinalamento de determinado diagnóstico.

Dados sobre a história pregressa dos participantes foram obtidos nos prontuários do ambulatório. Foram consultadas informações sobre o nível intelectual, obtido por meio do Teste de Raven; fonte de encaminhamento; profissional solicitante; escolaridade, idade e ocupação dos pais ou responsáveis; acompanhamentos realizados pela criança (fonoaudiológico, psiquiátrico, neurológico, psicológico) e uso atual de medicação psicotrópica.

A coleta de dados foi inserida na rotina do ambulatório. De acordo com essa rotina, o DAWBA era aplicado durante a primeira consulta, à qual comparece o responsável pela criança, em geral a mãe. Antes de iniciar o procedimento clínico, a mãe era esclarecida sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, assegurada quanto ao sigilo dos dados e à garantia de atendimento no ambulatório, independentemente da concordância de assinar ou não o TCLE.

Era seguido o procedimento usual da primeira consulta, com uma investigação da história de vida da criança e a aplicação do SDQ e do DAWBA. Ao final das entrevistas, os protocolos foram cotados segundo as instruções dos instrumentos. Depois de assinaladas as áreas de dificuldades do DAWBA, estas foram analisadas, tabuladas e cruzadas com os dados do SDQ e com os dados de arquivo, todos inseridos no programa estatístico SPSS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP.

## RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 9,02 anos e desvio-padrão 1,39 anos. Sessenta e cinco por cento eram meninos e 59% obtiveram classificação na média ou acima da média no Teste de Raven, enquanto que 10% foram classificadas como intelectualmente deficientes.

A média de idade das mães foi 35,8 anos, com desvio-padrão de oito anos. A idade média dos pais foi de 37,4 anos, com desvio-padrão 8,15 anos. As médias de escolaridade foram de 7 anos para as mães (desvio-padrão 3,32) e 6,5 anos para os pais (desvio-padrão 3,15). No que se refere à ocupação, 68% das mães e 86% dos pais com informação disponível estavam inseridos no mercado de trabalho.

Oito unidades de saúde do município e três da região respondem por 84% dos encaminhamentos ao ambulatório e clínicas do HCRP respondem por 16%. O neurologista, o psicólogo e o médico clínico-geral representam, em conjunto, 62% dos profissionais solicitantes de atendimento. Noventa por cento das crianças passaram por outros tipos de acompanhamentos antes de serem encaminhadas, 17% já haviam frequentado três ou mais tipos de serviço (fonoaudiologia, neurologia, psicologia, psiquiatria e outros) e 38% das crianças faziam uso recente de medicação, sendo que 29% faziam uso de psicotrópicos, como imipramina, tegretol, ritalina (Tabela 1).

TABELA 1

Distribuição do número de crianças da amostra segundo características da história pregressa de tratamento (N=103)

<i>Variável</i>	<i>%</i>
Profissional Solicitante	
Neurologista/neuropediatra	27
Psicólogo	21
Médico Clínico geral	14
Médico (outros)	13
Fonoaudiólogo	11
Pediatria	9
Assistente social	4
Psiquiatria	1
Terapeuta ocupacional	1
Outros tratamentos realizados	
Neurológico	64
Psicológico	43
Fonoaudiológico	31
Psiquiátrico	11
Nenhum	10
Uso de medicação	
Não faz uso	62
Uso de psicotrópicos	29
Uso de outros medicamentos	9

No que diz respeito à prevalência de problemas emocionais e comportamentais, segundo o Questionário de Capacidade e Dificuldades (SDQ), 70% das crianças que passaram pela triagem estão em nível considerado clínico, e 12% em nível limítrofe, perfazendo um total de 82% das crianças em risco (Tabela 2). O DAWBA detectou 93 crianças (90%) com dificuldade em pelo menos uma área. As áreas de problema mais frequentes foram TDAH (62%), Transtornos de Ansiedade (54%) e Transtornos de Conduta (44%) (Tabela 2).

TABELA 2  
Distribuição do número de crianças da amostra identificadas com problemas de saúde mental (N=103)

<i>Variável</i>	%
SDQ	
Hiperatividade	67
Sintomas emocionais	64
Problemas de conduta	54
Problemas de relacionamento	39
DAWBA	
TDAH	62
Tipo combinado	38
Tipo predominantemente desatento	18
Tipo predominantemente hiperativo	6
Qualquer transtorno de ansiedade	54
Fobia específica	37
Ansiedade de separação	19
Ansiedade generalizada	17
Fobia social	11
Estresse pós-traumático	5
Compulsões e obsessões	2
Qualquer transtorno desafiador-conduta	44
Transtorno desafiador-oposicional	42
Transtorno de conduta	12
Qualquer transtorno depressivo	21
Autoagressão	14
Perda de Interesse	7
Irritabilidade	4
Tristeza	4

Sessenta e quatro por cento das crianças apresentaram dificuldade em mais de três áreas e as associações mais frequentes entre transtornos foram: TDAH e TDO (34%), TDAH e Fobia Específica (30%), TDAH e Ansiedade de Separação (16%) e TDAH e Ansiedade Generalizada (14%).

Em 60 casos (58%), as mães ou responsáveis apontaram outros problemas relacionados ao desenvolvimento de seus filhos (Tabela 3). Das crianças identificadas com algum atraso, a média de idade do raciocínio das crianças foi considerada pelas mães como em torno de 6,47 anos e a média de linguagem 5,3 anos.

TABELA 3  
Distribuição do número de crianças da amostra identificadas pelas mães com outros problemas no desenvolvimento (N=103)

<i>Outros Problemas</i>	%
Atraso na escola e na capacidade de raciocinar	92
Problemas de fala	40
Mantém menos amigos que a média das crianças	34
Falta de reciprocidade social ou emocional	28
Enurese	17
Brincar imaginativo pobre para a idade mental, participação pobre ou ausência de jogos sociais imitativos ou de imaginação	10
Maneirismos motores	4
Obsessões estranhas ou incomuns ou persistência em manter rotinas ou rituais inflexíveis	2

## DISCUSSÃO

Uma das limitações do presente trabalho foi que os dados do SDQ e do DAWBA foram obtidos por meio de uma única fonte, o relato da mãe ou responsável. Relatos de professores e o autorrelato de crianças maiores de 11 anos poderiam revelar outros sintomas não reconhecidos pelas mães ou, inversamente, não confirmar certas indicações, contribuindo para um diagnóstico mais acurado das dificuldades. A exclusão da seção de perguntas abertas também pode ter suprimido possíveis informações relevantes ao diagnóstico clínico.

Considerando as características dos participantes quanto a gênero, idade e nível intelectual, observa-se que a maioria das crianças encaminhadas por razão de queixa escolar é do gênero masculino, com uma taxa de 65% de meninos, taxa concordante com a de outros estudos (Goodman, 1999; Hoffmann, Santos e Motta, 2008).

Cinquenta e nove por cento apresenta nível intelectual médio ou acima da média, o que descaracteriza, pelo menos em parte, que déficit intelectual seria a justificativa para o mau desempenho na escola. No entanto, 92% apresentaram, segundo as mães,



problemas na escola e na capacidade de raciocínio. A média da idade do raciocínio foi de 6,4 anos, taxa aquém da idade média de fato da amostra, que foi de 9 anos. Trinta e nove por cento das crianças da amostra apresentaram capacidade intelectual abaixo da média. É possível que experiências como fracasso, rejeição ou percepção de desapontamento dos pais levem a menor autoconfiança na criança, a maior expressão de sentimentos e medos inconscientes através do comportamento ao invés das palavras e maior número de comportamentos regredidos (Linna et al., 1999).

A média de escolaridade para as mães e para os pais juntos foi de 6,75 anos, o que corresponde a uma média inferior à média do município de Ribeirão Preto, segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (<http://www.seade.gov.br>). Nível baixo de escolaridade dos pais pode significar para a criança menor estimulação e menor acesso a recursos que contribuem para o desenvolvimento e a aprendizagem escolar (Sanson, Prior e Smart, 1996).

Das crianças encaminhadas ao serviço, 90% têm história de outros tipos de tratamento e 29% fazem uso de medicação psicotrópica, apesar de não terem sido encaminhadas com um diagnóstico estabelecido. Algumas hipóteses sobre o uso de medicação psicotrópica podem ser consideradas. Um delas é que o uso de medicação pode ser uma evidência da gravidade do problema, ou seja, crianças com sintomas graves necessitam do uso de medicação psicotrópica para o controle do transtorno, já que outras formas de abordagem podem ter sido insuficientes. Outra hipótese seria que apesar do uso de medicação psicotrópica, alguns problemas continuam e ainda persiste a necessidade de intervenção nas dificuldades escolares e nos problemas de ajustamento, já que estas crianças mesmo com o uso de medicação são encaminhadas ao ambulatório de psicologia infantil. Uma terceira hipótese seria que a decisão de prescrição de psicotrópicos pelo médico é influenciada por uma série de fatores, que não só o diagnóstico clínico. Ou seja, mesmo que o diagnóstico clínico seja incerto, e que por isso certa precaução terapêutica deveria ser exercida, ainda assim são prescritos medicamentos psicotrópicos. Um destes fatores é que a criança pode ser proveniente de família em múltiplos riscos e esta pode considerar ineficazes tratamentos não médicos ou sem uso de medicação: em geral é mais desafiador participar de grupo de treinamento para pais que a administração de medicamento para a criança. Outro fator seria que parte das crianças que recebe medicação, mesmo que não possua diagnóstico clínico definido, possui problemas significativos no seu funcionamento global e sintomas múltiplos. Os clínicos, portanto, supõem que a criança

poderá ter vantagens com o uso de medicação no tratamento de problemas de comportamento em relação a tratamentos não medicamentosos (DeBar, Lynch, Powell e Gale, 2003).

No que tange a outros tratamentos realizados pela criança, os dados parecem indicar uma história de problemas anterior à chegada no ambulatório. A diversidade dos tratamentos já realizados (psicologia, fonoaudiologia, neurologia e psiquiatria) evidencia a pluralidade dos problemas que muitas crianças com dificuldades de aprendizagem enfrentam ao longo de sua trajetória de desenvolvimento e reitera os achados de levantamento anterior (Marturano et al., 1993).

Os resultados corroboram a associação da queixa escolar com outras áreas de dificuldade. As taxas obtidas no SDQ e no DAWBA foram visivelmente superiores às de estudos feitos com amostras da comunidade, que variavam de sete a 20% (Cury e Golfeto, 2003; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Paula et al., 2007), o que parece indicar que a presente amostra constitui uma amostra clínica e não uma amostra da comunidade. A comparação com os dados de duas pesquisas, a seguir, que também fazem uso do SDQ e do DAWBA, parece corroborar esta ideia.

No presente estudo, as taxas obtidas segundo o SDQ, 70% das crianças em nível considerado anormal na pontuação total, 67% na subescala de hiperatividade, 64% na emocional, 54% na de conduta e 39% na de problemas de relacionamento foram notadamente superiores às de um estudo realizado em uma amostra da comunidade na cidade de Ribeirão Preto (Cury e Golfeto, 2003).

Os achados encontrados, segundo o instrumento DAWBA, como 90% dos participantes com indicação de pelo menos uma área de dificuldade, taxas de 62% para TDAH, 54% para a ocorrência de qualquer transtorno de ansiedade, 44% para TDO ou TC e 21% para a presença de qualquer transtorno depressivo são comparáveis às taxas de prevalência de transtornos da amostra *clínica* de um estudo realizado também com o DAWBA (Goodman et al., 2000).

A associação mais comumente encontrada foi entre TDAH e TDO (34%), corroborando dados da literatura, como uma das comorbidades mais comuns na infância e adolescência (Mash e Barkley, 2003). O DSM-IV-TR™ aponta que aproximadamente a metade das crianças encaminhadas por causa de TDAH apresenta TOD (American Psychiatric Association, 2002).

Também comum foi a associação de TDAH e outras áreas como fobia específica (31%), ansiedade de separação (16%) e ansiedade generalizada (14%), comprovando a frequente co-ocorrência da queixa escolar com problemas de ordem externalizante e internalizante.

Queixas em relação a questões de desenvolvimento, como prevalência de problemas de fala, tiques, dificuldade em aquisição de convenções e enurese também estão de acordo com o levantamento feito no mesmo ambulatório e publicado 15 anos atrás (Marturano et al., 1993). Segundo dados fornecidos pelas mães, a média de idade da linguagem das crianças identificadas com problemas de fala foi de 5,3 anos, muito aquém da idade média real da amostra.

Foram muitas as características de vulnerabilidade em que essas crianças se encontravam: trajetórias de idas e vindas aos serviços de saúde mental e peregrinações por consultórios médicos ou de outras especialidades (Marturano et al., 1993), presença de um elevado número de sintomas que se acumulam (hiperatividade, desatenção, impulsividade, ansiedade e medo) num mesmo indivíduo com os inúmeros prejuízos acadêmicos, sociais e ocupacionais que trazem (American Psychiatric Association, 2002), mais problemas de fala e história de tratamento fonoaudiológico (Chadwick et al., 1990) e maior uso de medicação psicotrópica se comparadas a crianças sem queixa escolar (Biederman et al., 1996).

Identificar problemas de saúde mental associados à queixa escolar não é desconsiderar seus aspectos sociais, institucionais, familiares e escolares (Ex: ensino deteriorado e condições sociais precárias). No entanto, em se tratando de dificuldade escolar, é indispensável diferenciar o que compete à escola solucionar e o que compete aos serviços de saúde.

Estudos evidenciam que: os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são comuns e prejudicam o rendimento escolar e o relacionamento social; os problemas tendem a persistir ao longo dos anos; a maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado; os transtornos não tratados favorecem a ocorrência de consequências adversas na vida adulta (Fleitlich e Goodman, 2000).

Parte das crianças encaminhadas ao ambulatório de psicologia infantil são crianças pós-intervenção. O percurso referido pode levar a algumas considerações: maior gravidade do problema; os serviços não estão tratando o que se propõem a tratar, ou seja, os tratamentos são pouco efetivos, dada a continuidade dos problemas; os múltiplos encaminhamentos podem ser sinônimos de medidas paliativas para a “resolução” do problema e indicar um “desajuste” entre os serviços no que se refere ao atendimento dos problemas de saúde mental que se associam à queixa escolar.

Apesar da magnitude dos problemas, a atenção pública em saúde mental dirigida ao grupo infanto-juvenil tem sido marcada por um vazio histórico em sua cobertura (Hoffmann et al., 2008). Num estudo em

um município do estado de São Paulo, os resultados apontaram que a capacidade anual de assistência à criança com problemas de saúde mental e com prejuízo funcional global era de 14% da demanda encontrada, sendo necessários cerca de sete anos para que todas pudessem ser tratadas (Paula et al., 2007).

Outros estudos também apontaram as frágeis possibilidades para atender a demanda em saúde mental infantil (Boarini e Borges, 1998), a presença de distorções de encaminhamento, a precariedade das informações sobre a demanda infantil, a fragilidade da estrutura pública para o adequado seguimento da criança (Santos, Carvalho, Pinho e Nunes, 2005), a carência de sistematização no registro de dados estatísticos e descritivos (Melo e Perfeito, 2006) e ainda a subidentificação de problemas de saúde mental na infância e adolescência (Ferriolli, Marturano e Puntel, 2007). Ao que parece, os transtornos psiquiátricos da infância configuram-se como um problema relevante para a saúde pública e a atenção à saúde mental infantil ainda constitui um desafio como parte da assistência à saúde integral da criança (Lauridsen e Tanaka, 1999).

A literatura enfatiza a necessidade de estudos epidemiológicos, de alocação de verbas para a área de saúde mental infantil (Fleitlich e Goodman, 2000), de maior atenção às questões relacionadas aos serviços propriamente ditos (Lauridsen e Tanaka, 1999). Enfatiza também a necessidade de um bom sistema de informações sobre atendimentos em saúde mental infanto-juvenil, que contemplem dados sobre a qualidade das interações entre as redes de atenção, assim como sobre aspectos sociais, história de vida e co-morbidades para enriquecer as análises e favorecer a decisão de ações (Hoffmann et al., 2008), que visam à universalidade e integralidade da atenção à saúde da criança (Lauridsen e Tanaka, 1999).

Não há como defender a implementação de políticas públicas, se a demanda é subidentificada. O mapeamento dos transtornos mentais com a linguagem compatível ao DSM-IV-TR™ auxilia no planejamento dos serviços, é pré-requisito para ações de ajuda e uniformiza a linguagem dos profissionais de serviços interligados pela rede SUS.

A principal contribuição do presente trabalho diz respeito à identificação, por meio de um instrumento validado e adaptado à realidade brasileira, dos transtornos psiquiátricos prevalentes em categorias compatíveis com o DSM-IV-TR™ em crianças com queixa escolar. Como foi assinalado na discussão, os resultados foram coerentes com os de levantamentos anteriores sobre essa clientela, com a vantagem de serem traduzidos em linguagem compatível com a classificação de transtornos da infância e da adolescência

em uso no sistema de saúde. Desse modo, pode-se recomendar sua utilização na rotina de serviços que acolhem crianças com queixa escolar.

O trabalho também contribui com subsídios para a discussão da chamada “medicalização” da queixa escolar. Por um lado, trouxe dados e argumentos, em concordância com outras pesquisas, quanto aos problemas de saúde mental que crianças com queixa escolar enfrentam na sua trajetória desenvolvimental. Por outro lado, detectou indícios de necessidade de maior articulação entre os serviços que atendem a crianças com queixa escolar na rede de saúde.

Os resultados do presente estudo parecem mostrar o elevado número, a gravidade, a persistência dos sintomas psiquiátricos e o prejuízo que trazem às crianças com queixa escolar. É necessário reconhecer que estas crianças estão em múltiplo risco psicossocial, têm sintomas emocionais e comportamentais graves, e que a queixa escolar associada a transtornos psiquiátricos constitui uma questão de relevância em saúde pública.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV<sup>TR</sup>, (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Barbosa, J.I. & Silveiras E.F. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*, 11, 50-6.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L. et al. (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 437-446.
- Boarini, M.L. & Borges, R.F. (1998). Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. *Estudos de Psicologia*, 3, 83-108.
- Chadwick, O., Taylor, E., Taylor, A., Heptinstall, E. & Danckaerts, M. (1990). Hyperactivity and reading disability: a longitudinal study of the nature of the association. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1039-50.
- Cury, C. & Golfeto, J. (2003). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ): um estudo em escolares de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 139-45.
- DeBar, L.L., Lynch, F., Powell, J. & Gale, J. (2003). Use of Psychotropic agents in preschool children: associated symptoms, diagnoses, and health care services in a health maintenance organization. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 150-7.
- Ferrioli, S.H.T., Marturano, E.M. & Puntel, L.P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41, 251-9.
- Fleitlich, B. & Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 2-6.
- Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-34.
- Goodman, R. (1999). The Extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-9.
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-55.
- Hinshaw, S.P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-55.
- Hoffmann, M.C.C.L., Santos, D.N., & Motta, E.L.A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 633-42.
- Lauridsen, E.P.P., & Tanaka, O.Y. (1999). Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 33, 586-92.
- Linna, S. L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T. & Almqvist, F. (1999). Psychiatry symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 77-82.
- Marturano, E. M., Magna, J. M. & Murtha, P. C. (1993). Procura de atendimento psicológico para crianças com dificuldades escolares: um perfil de clientela. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 207-26.
- Marturano, E.M., Toller, G.P. & Elias, L.C.S. (2005). Gênero, adversidade e problemas sócio-emocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, 22, 371-80.
- Mash, E.J. & Barkley, R.A. (2003). *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Melo, S.A. & Perfeito, H.C.C.S. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia Campinas*, 23, 239-49.
- Paula, C.S., Duarte, C.S. & Bordin, I.A.S. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from outskirts of Sao Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 11-7.
- Sales, J.R. (1989). Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. *Psicologia Ciência e Profissão*, 9, 22-6.
- Sanson, A., Prior, M. & Smart, D. (1996). Reading disabilities with and without behaviour problems at 7-8 years: Prediction from longitudinal data from infancy to 6 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 529-41.
- Santos, D.N., Carvalho, M.M., Pinho, M.A. & Nunes, A.P.R. (2005). Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29, 35-42.
- Schirmer, C.R., Fontoura, D.R. & Nunes, M.L. (2004). Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. *Jornal de Pediatria*, 80(supl 2), 95-103.

Recebido em: 15/03/2011. Aceito em: 27/04/2011.

### Autores:

Lylla Cysne Frota D'Abreu – Psicóloga. Mestre em Ciências Médicas (Saúde Mental) pela Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Doutoranda pela Universidade de Potsdam, Alemanha, Instituto de Psicologia.

Edna Maria Marturano – Psicóloga. Mestre em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo. Doutora em Ciências (Psicologia) pela Universidade de São Paulo. Professora titular da Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

### Enviar correspondência para:

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento  
Bloco Saúde Mental – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP  
Rua Tenente Catão Roxo, 2650  
CEP 14051-140, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: lyllycysne@yahoo.com.br  
emmartur@fmrp.usp.br