

SUORTE PARENTAL: UM ESTUDO SOBRE CRIANÇAS COM QUEIXAS ESCOLARES¹

Keiko Maly Garcia D'Avila-Bacarji*
Edna Maria Marturano#
Luciana Carla dos Santos Elias[¶]

RESUMO. O objetivo deste artigo foi investigar o suporte parental recebido por crianças encaminhadas para atendimento psicológico em razão do baixo desempenho escolar, em comparação com crianças não encaminhadas. Os participantes foram 60 crianças de 7 a 11 anos e suas mães, selecionadas em uma clínica de psicologia e em uma escola, ambas públicas. O suporte foi avaliado em três domínios: acadêmico, desenvolvimental e emocional. Da criança avaliou-se o nível de inteligência, o desempenho escolar e a presença de problemas de comportamento. Em concordância com estudos anteriores, o grupo encaminhado mostrou desempenho cognitivo e acadêmico mais baixo e mais problemas de comportamento. O suporte acadêmico não diferiu entre os grupos. As mães de crianças encaminhadas relataram menos suporte desenvolvimental e emocional, com problemas nas práticas educativas e relacionamento pais-criança conflituoso. Os resultados salientam a necessidade de cuidados de saúde mental para crianças vulneráveis que vivem em ambientes pouco apoiadores.

Palavras-chave: suporte parental, desempenho escolar, problema de comportamento.

PARENTAL SUPPORT: A STUDY ON CHILDREN WITH SCHOOL PROBLEMS

ABSTRACT. The objective of this article was to investigate the parental support received by children directed for psychological attendance due to poor academic achievement, in comparison with children not sent to psychological attendance. Participants consisted of 60 children from 7 to 11 years of age and their mothers, selected at a psychology clinic and at school, both public ones. The support was evaluated in three domains: academic, developmental and emotional. The child was evaluated regarding his/her intelligence level, performance at school and the presence of behavior problems. In agreement with previous studies, the studied group showed lower academic and cognitive development and greater incidence academic of problems regarding behavior. The academic support did not differ among the groups. Mothers of referred children showed less developmental and emotional support, with problems in the educational practices and conflicting relationship parent-child. The results point out the need of mental health care for vulnerable children that live in an environment with little support.

Key words: Parental support, school performance, behavior problem.

Situada por diferentes autores entre os seis e 12 anos de idade e vista como um período de consolidação das conquistas cognitivas e socioemocionais alcançadas no final dos anos pré-escolares, a meninice é uma fase crucial, pelo acúmulo de demandas novas, acadêmicas e interpessoais com

que a criança se defronta a partir do ingresso no ensino fundamental.

A relevância da experiência escolar nos processos de ajustamento durante essa etapa do ciclo da vida pode ser apreciada à luz do conceito de tarefa de desenvolvimento. A noção implica um conjunto de

¹ Apoio financeiro da FAPESP e do CNPq.

* Psicóloga, mestre em Saúde Mental pela USP – Ribeirão Preto.

Psicóloga, professora titular no Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

¶ Psicóloga, doutora em Psicologia pela USP – Ribeirão Preto.

critérios, alguns universais, outros específicos de determinada cultura ou momento histórico, através dos quais se avalia a competência do indivíduo no enfrentamento dos desafios psicossociais típicos de cada etapa (Masten & Coatsworth, 1998). Como o próprio indivíduo incorpora esses critérios em suas auto-avaliações, pressupõe-se que a resolução satisfatória ou o fracasso em uma dada etapa afeta o senso de competência em etapas posteriores. Os contextos onde o indivíduo se desenvolve podem contribuir para a competência, em maior ou menor grau, e também para a vulnerabilidade aos riscos, tanto aqueles inerentes a cada fase como os decorrentes de circunstâncias de vida adversas ao desenvolvimento.

Propondo que cada período do ciclo da vida traz para o indivíduo novas tarefas a serem cumpridas, cada qual acompanhada tanto de fatores potenciais de risco biopsicossocial como de oportunidades para crescimento, o conceito de tarefa de desenvolvimento é uma ferramenta útil em vários aspectos. Pode ser empregado não só como critério de competência nas diversas etapas do desenvolvimento, mas também para definir fatores de risco e proteção, de acordo com a relevância destes para o cumprimento das demandas típicas de cada etapa. Ele permite ainda diagnosticar disfunções nos sistemas sociais de suporte, quando as exigências impostas aos indivíduos excedem os recursos de enfrentamento disponibilizados por esses mesmos sistemas.

O desempenho acadêmico, o ajustamento ao ambiente escolar, a capacidade de formar laços de amizade e a adesão às regras da sociedade para comportamento moral e conduta pró-social têm sido considerados como as tarefas de desenvolvimento da meninice (Masten & Coatsworth, 1998). Na visão eriksoniana do desenvolvimento psicossocial, sair-se bem na escola seria o principal desafio do período, configurando a crise bipolar entre senso de produtividade e inferioridade (Erikson, 1976).

Família e escola são os principais sistemas de suporte com que a criança conta para enfrentar o desafio. Nessa equação, a escola “funciona como um marco de inserção que reproduz e atualiza o contexto sociocultural mais amplo, explicitando papéis sociais e exigências formais de aprendizagem... colocando [as crianças] em contato com novas oportunidades e proporcionando-lhes uma ampliação do universo de interação com adultos e crianças” (Marturano & Loureiro, 2003, p. 262). A família, por sua vez, contribui com a base segura de estabilidade emocional e uma diversidade de recursos de apoio, tais como a valorização dos esforços da criança, um envolvimento positivo na vida escolar desta e a oferta de

experiências educacionais e culturais enriquecedoras (Boyce, 1985; Bradley, Caldwell & Rock, 1988; Grolnick & Ryan, 1992).

O conceito de tarefa de desenvolvimento põe em relevo a centralidade da experiência escolar no processo de construção da identidade durante os anos da meninice, o que é amplamente apoiado por dados da realidade. A associação entre baixo desempenho escolar e problemas socioemocionais, com estimativas internacionais de prevalência que giram em torno de 12% (Roeser & Eccles, 2000), pode ser apontada como um dos principais problemas de saúde mental nesse período (Hinshaw, 1992, Thompson, Lampron, Johnson & Eckstein, 1990).

No contexto brasileiro, 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 & Silveiras, 1994; Sales, 1989; Santos 1990). Na perspectiva de tarefa de desenvolvimento, o encaminhamento ao serviço de saúde reflete o julgamento social de que as crianças encaminhadas não estão conseguindo preencher um dos principais critérios de competência da meninice, o que configura para estas uma vivência de fracasso. Dada a centralidade do critério, essa experiência pode tornar algumas crianças vulneráveis a transtornos psicossociais. Por outro lado, a dimensão do problema denuncia falhas no suporte da instituição escolar, que não está fornecendo a essas crianças recursos compatíveis com as exigências da tarefa evolutiva que ela deve promover. Ao falhar no seu papel, a escola, que em princípio deveria ser um agente de promoção do desenvolvimento, torna-se, para muitas crianças, um cenário onde elas são expostas a angústias cotidianas.

Este artigo focaliza o suporte familiar proporcionado a crianças com queixas escolares. Sem perder de vista o papel da escola e sua responsabilidade na origem da queixa escolar, focaliza-se a criança e sua família, e não a escola, por diversas razões. Em primeiro lugar, o estudo se inscreve no contexto de cuidados à saúde; nesse contexto, quaisquer que tenham sido as causas de um problema que pode afetar o bem-estar da pessoa, o profissional de saúde tem o compromisso de prover a ajuda possível para alívio do sofrimento, quando este se faz presente. Em segundo lugar, trata-se de crianças, o que agrega ao papel deste profissional o impositivo de vigilância do desenvolvimento; a importância da realização escolar para o desenvolvimento nos anos da meninice recomenda um olhar atento sobre a criança com queixa escolar. Por

fim, sendo então a família a principal fonte de suporte à criança, é com seus membros que o profissional de saúde pode estabelecer uma parceria efetiva, no sentido de mobilização de recursos para o enfrentamento do problema.

Famílias que procuram recursos na comunidade para promover o desenvolvimento de seus filhos podem contribuir efetivamente para melhores resultados, até mesmo em condições desfavoráveis (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Esse parece ser o caso das famílias que buscam ajuda psicológica na rede pública de saúde, para suas crianças com dificuldades acadêmicas; essas famílias demonstram envolvimento e iniciativa no sentido de obter algum apoio profissional que ajude a criança a lidar com a crise do fracasso escolar.

Conhecer outras facetas do suporte parental é a base para o planejamento da intervenção junto às famílias. Estudos prévios realizados em nosso meio indicam que os pais de crianças com queixas escolares podem mobilizar outros recursos de apoio, além da busca de ajuda psicológica, e que a presença destes recursos está associada a um melhor ajustamento e desempenho acadêmico (Ferreira & Marturano, 2002; Marturano, 1999). Por outro lado, há indícios de que o suporte parental freqüentemente se limita às questões escolares e pode estar prejudicado por problemas no relacionamento entre a criança e seus cuidadores (Marturano & Ferreira, 2004).

Até que ponto esse padrão de suporte é típico de famílias que procuram o serviço de saúde por conta das dificuldades escolares dos filhos? As desvantagens cognitivas e socioemocionais observadas nas crianças em comparação com seus pares (Marturano, Linhares, Loureiro & Machado, 1997) teriam uma contrapartida de desvantagem ambiental, em comparação com famílias do mesmo estrato socioeconômico?

Visando contribuir para o esclarecimento dessa questão, o objetivo da investigação relatada neste artigo é comparar o suporte parental à criança com queixa escolar ao suporte recebido por crianças não identificadas como tendo dificuldades acadêmicas. Para esse fim, três formas de suporte são consideradas: suporte específico para realização escolar; suporte ao desenvolvimento; suporte emocional. As três formas têm sido identificadas como relevantes para o cumprimento das tarefas desenvolvimentais da meninice (Bradley, Caldwell & Rock, 1988; Dubow, Tisak, Causey, Hryshko & Reid, 1991; Stevenson & Baker, 1987).

O suporte para a realização escolar se concretiza através do envolvimento direto dos pais com a vida

acadêmica dos filhos. São exemplos dessa modalidade de suporte a disposição de tempo e espaço adequado em casa para a realização dos deveres escolares, a exigência de cumprimento desses deveres, o intercâmbio regular com o professor e uma rotina de horários para as atividades diárias básicas. Esses diversos indicadores de envolvimento parental têm sido associados a um melhor desempenho escolar durante a meninice (Fan & Chen, 2001; Kellaghan, Sloane, Alvarez & Bloom, 1993; Stevenson & Baker, 1987), podendo contribuir para atenuar os efeitos da desvantagem econômica sobre o desempenho.

O suporte ao desenvolvimento reflete uma disposição dos pais para investir tempo e recursos em arranjos da vida familiar que têm como objetivo o crescimento dos filhos em sentido amplo, aliada à preocupação de adequar esses recursos ao nível de desenvolvimento de cada um e à priorização de atividades de lazer em que os filhos estejam incluídos. Aqueles pais que compartilham com a criança parte do seu tempo livre, proporcionando-lhe um elenco de atividades culturais e educacionais enriquecedoras, seja no lar seja na comunidade, favorecem o desenvolvimento cognitivo, o desempenho escolar e o ajustamento interpessoal (Bradley & Corwyn, 2002).

O suporte emocional diz respeito ao clima emocional na família e se caracteriza por processos interpessoais com elevada coesão, ausência de hostilidade e uma relação afetiva apoiadora com a criança. Essas características favorecem o desenvolvimento, pela criança, de um senso de permanência e estabilidade de sua base afetiva, com efeito protetor diante da adversidade (Boyce, 1985); seu oposto tem sido associado a transtornos emocionais e de comportamento na infância (Fieser, Wilder & Bickham, 2000).

MÉTODO

Contexto

A investigação foi conduzida em uma clínica-escola de psicologia vinculada ao SUS e em uma escola de ensino fundamental da rede estadual, em um município de porte médio no interior do Estado de São Paulo, com aproximadamente 500.000 habitantes.

Participantes

Participaram do estudo 60 famílias de alunos do primeiro ciclo do ensino fundamental na rede pública (1ª a 4ª série), sendo 30 encaminhados para atendimento psicológico e 30 não encaminhados. Os alunos encaminhados para atendimento foram

selecionados na clínica-escola, mediante consulta às fichas de inscrição; todos apresentavam, como queixa primária explicitada na guia de referência do SUS, um desempenho escolar pobre. O grupo se constituiu de 20 meninos e 10 meninas, com idade entre 7 e 11 anos (média 9,5 anos). A escolaridade materna variou de zero a 16 anos (média 6 anos e 10 meses) e a paterna, de zero a 11 anos (média seis anos e um mês).

Após concluída a composição deste grupo, denominado Grupo Clínico, iniciou-se a composição do Grupo Não Clínico, por meio de cartas aos pais de alunos de uma escola pública estadual com 868 alunos nas classes de 1ª a 4ª série. As famílias foram pré-selecionadas, com base na composição do Grupo Clínico, quanto a gênero, idade e série escolar da criança, e quanto à escolaridade dos pais/cuidadores. A homogeneidade em relação à escolaridade parental foi buscada tendo-se em vista que este é o indicador de nível socioeconômico mais fortemente associado ao desempenho escolar durante os anos da meninice (Bradley & Corwyn, 2002). Participaram do Grupo Não Clínico 20 meninos e 10 meninas, com idade entre 7 e 11 anos (média 9,2 anos).

Foi critério de inclusão nos grupos o desempenho pelo menos limítrofe em teste de inteligência geral. Para inclusão no grupo Não Clínico, a criança não poderia apresentar história de encaminhamento para atendimento psicológico, o que foi verificado durante o primeiro contato com a família. A escolaridade materna no Grupo Não Clínico variou de zero a 15 anos (média 6 anos e 11 meses) e a paterna, de zero a 11 anos (média 6 anos e 6 meses).

Nos dois grupos, a porcentagem de crianças vivendo com ambos os pais biológicos era 63%. Apenas uma criança, no Grupo Clínico, não morava com a mãe biológica, mas com a avó materna. A equivalência entre os grupos quanto a idade, série, escolaridade do pai / substituto e escolaridade da mãe / substituta foi verificada através do teste t para amostras independentes, que não detectou diferenças significativas.

Instrumentos

Para a composição dos grupos foram utilizadas as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, padronização brasileira de Angelini, Alves, Custódio e Duarte (1987), tendo como critério para inclusão nos grupos o desempenho pelo menos limítrofe, equivalente ao percentil 10.

Para avaliação da criança foram usados mais dois instrumentos:

- *Teste de Desempenho Escolar* – TDE (Stein, 1994). Aplica-se individualmente. É composto por

três subtestes que abrangem as áreas de escrita, aritmética e leitura. Os escores brutos dos subtestes e do escore total são convertidos através de uma tabela que indica as classificações superior, média e inferior em relação às normas do teste para cada série escolar.

- *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência* – CBCL (Achenbach, 1991): foi aplicado às mães durante entrevista individual, de acordo com Bordin, Mari e Caeiro (1995) em seu estudo de adaptação do CBCL. Fornece um escore total de problemas de comportamento, assim como escores de problemas internalizantes e externalizantes. Os escores brutos são convertidos em escores T e pontos de corte permitem avaliar a gravidade dos problemas em três níveis: normal, limítrofe ou clínico.

A investigação do ambiente familiar foi feita através de dois instrumentos, durante entrevista individual com as mães:

- *Entrevista Breve* - EB – roteiro que inclui questões abertas referentes à história de vida familiar e escolar, desenvolvimento, relacionamentos familiares e práticas educativas parentais (Santos, 1999).
- *Inventário de Recursos do Ambiente Familiar* – RAF – avalia recursos do ambiente familiar em 13 tópicos: atividades da criança 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 horário definido; passeios realizados nos últimos 12 meses; atividades desenvolvidas em conjunto entre os pais e a criança no lar; ocasiões em que a família está reunida; pessoa a quem a criança recorre para pedir ajuda ou conselho; atividades programadas que a criança realiza regularmente; disponibilidade de livros; disponibilidade de jornais e revistas; oferta de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento. A soma de recursos presentes em cada tópico é convertida em uma escala de zero a 10, e o escore total corresponde à soma dos escores obtidos nos 13 tópicos do Inventário. O instrumento foi testado quanto a sua fidedignidade, por meio do procedimento teste-reteste, obtendo-se índices de estabilidade entre 92% e 100% (Santos, 1999).

Procedimento

Os dados foram colhidos pela primeira e pela terceira autora, bem como por uma auxiliar de

pesquisa, todas psicólogas. Os dados dos participantes do Grupo Clínico foram obtidos na clínica e os do Grupo Não Clínico, na escola, sendo informante a mãe e, em um caso, a avó com quem a criança vivia. Mãe e criança eram entrevistadas separadamente.

Na clínica, a coleta de dados ocorreu durante a entrevista de triagem, como parte de um projeto mais amplo que incluía avaliação e atendimento psicopedagógico (Elias, 2003). Por carta ou telefonema, as mães de crianças inscritas que aguardavam atendimento eram convidadas a comparecer com seu filho em dia e horário marcados. O projeto era explicado à mãe, que, caso concordasse, assinava o termo de consentimento livre e esclarecido. Na prática, todas as mães consultadas assentiram em participar da pesquisa. Na escola, o procedimento seguiu os mesmos passos. Seis dentre as mães consultadas não responderam às tentativas de agendamento da entrevista. Todas que compareceram concordaram em participar.

Tratamento dos dados

Os protocolos foram avaliados de acordo com as indicações de cada técnica. Os relatos das entrevistas foram analisados de acordo com o Guia para Classificação de recursos e adversidades (Santos, 1999). Para as comparações entre os grupos, foram computados indicadores de desempenho cognitivo, problemas de comportamento e suporte parental, conforme procedimentos descritos a seguir.

Desempenho cognitivo: três medidas de desempenho cognitivo foram usadas: percentil obtido no Raven, escore bruto total no TDE e classificação do desempenho no TDE em relação à norma da série escolar cursada pela criança.

Problemas de comportamento: foi considerada a classificação clínica nas três escalas: problemas de comportamento (total), internalização e externalização. Nas análises estatísticas, utilizaram-se os escores brutos, de acordo com recomendação de Achenbach (1991) para fins de pesquisa.

Suporte para realização escolar: os seguintes tópicos do RAF foram usados como indicadores de suporte para realização escolar: Supervisão do trabalho escolar; Organização da rotina diária com horários definidos; Local e horário para a lição de casa.

Suporte ao desenvolvimento – Cinco medidas de suporte ao desenvolvimento foram computadas, correspondendo a tópicos do RAF: Diversidade de atividades durante o tempo livre; Passeios realizados nos últimos 12 meses; Atividades programadas regulares da criança; Diversidade de brinquedos e

outros materiais promotores do desenvolvimento; Diversidade de livros.

Suporte emocional – O suporte emocional foi avaliado através de quatro indicadores. Destes, dois foram derivados do RAF: Atividades realizadas junto com os pais em casa; Pessoas a quem criança recorre para ajuda ou conselho. Os demais foram extraídos da EB e são categorias definidas no Guia para Classificação de Recursos e Adversidades: Problemas nos relacionamentos pais-criança (agressão física, conflitos, relacionamento afetivo distante, hostilidade, indiferença, rejeição); Problemas nas práticas educativas (práticas coercitivas, permissivas, inconsistentes).

RESULTADOS

A comparação entre grupos foi realizada através do Teste t para amostras independentes ou pelo teste U de Mann-Whitney quando se tratava de dados expressos em escala ordinal.

Resultados relativos à criança são apresentados na Tabela 1. Eles indicam diferenças significativas entre os grupos, favorecendo o Grupo Não Clínico em todas as comparações. Os participantes deste grupo mostraram melhor desempenho na avaliação cognitiva e menos problemas de comportamento.

Tabela 1. Resultados da Comparação entre os Grupos Clínico e Não Clínico em Relação às Variáveis da Criança

Variável	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		t
	Média	DP	Média	DP	
Raven percentil	44,50	21,95	57,83	25,85	-2,15 ^a
TDE escore bruto total	56,33	38,28	84,17	34,36	-2,96 ^b
-CBCL escore bruto Internalização	14,50	7,15	9,77	6,69	2,64 ^b
-CBCL escore bruto Externalização	20,90	10,68	13,63	9,29	2,81 ^b
CBCL escore bruto Total	57,27	22,70	35,20	23,81	3,67 ^c

^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$

Além das medidas apresentadas na Tabela 1, foi verificada a classificação das crianças no TDE em relação à norma da série, convertendo-se os níveis em escores: inferior = 1; médio = 2; superior = 3. A comparação entre os grupos foi feita através do teste U. Foi encontrada diferença significativa ($p < 0,001$), o Grupo Não Clínico apresentando classificações mais altas. No Grupo Clínico quatro crianças apresentam desempenho compatível com a série e no Grupo Não Clínico 16 crianças têm desempenho compatível com a série ($n=10$) ou superior ($n=6$). Verifica-se que mesmo no grupo de crianças não encaminhadas existe um contingente apreciável de alunos com desempenho defasado segundo as normas do TDE.

Foi investigado o significado clínico dos escores no CBCL, considerando-se os três níveis: normal (escore 1), limítrofe (escore 2) e clínico (escore 3). A comparação entre os grupos, através do teste U indicou diferenças significativas nas escalas de Internalização ($p < 0,05$) e Externalização ($p < 0,05$), bem como no total de *Problemas de comportamento* ($p < 0,01$). No Grupo Clínico, foram encontradas 20 crianças com classificação clínica segundo o escore total de Problemas de comportamento; no Grupo Não Clínico, o número de casos com classificação clínica foi igual a 8. Seis dessas oito crianças apresentavam também um desempenho inferior no TDE.

Os resultados das comparações entre grupos focalizando os indicadores de suporte familiar são mostrados na Tabela 2. Ao analisar os resultados dessa tabela, convém lembrar que os escores derivados do RAF têm um teto igual a 10, ao passo que os escores derivados da EB não têm valores máximos, correspondendo à contagem dos eventos que incidem nas respectivas categorias.

Tabela 2. Resultados da Comparação entre os Grupos CLÍNICO e Não Clínico em Relação ao Suporte Familiar

Variável	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		t
	Média	DP	Média	DP	
Suporte para realização escolar:					
Supervisão do trabalho escolar	5,97	1,51	6,32	1,15	-1,00
Organização da rotina diária com horários definidos	7,37	2,12	7,41	2,06	-0,07
Local e horário para a lição de casa	3,55	1,94	4,22	3,02	-1,01
Suporte ao desenvolvimento:					
Diversidade de atividades durante o tempo livre	5,67	2,38	6,83	1,87	-2,10 ^a
Passeios realizados nos últimos 12 meses	2,05	1,29	3,96	1,87	-4,59 ^c
Atividades programadas regulares da criança	0,74	0,73	0,99	0,93	-1,19
Diversidade de brinquedos e outros materiais promotores do desenvolvimento	3,94	1,80	7,36	1,76	-7,36 ^c
Diversidade de livros	3,70	1,81	6,00	2,35	-4,22 ^c
Suporte emocional					
Atividades compartilhadas com os pais em casa	3,21	1,69	6,60	2,19	-6,68 ^c
Pessoas a quem criança recorre para ajuda / conselho	8,53	1,73	7,53	3,17	1,51
Problemas no relacionamento pais-criança	1,47	1,28	0,50	0,68	3,65 ^b
Problemas nas práticas educativas	1,70	1,60	0,47	0,57	3,97 ^c

^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$

Observa-se que os grupos não diferem quanto ao suporte para realização escolar, mas diferem em relação às outras modalidades de suporte investigadas. No domínio do suporte ao desenvolvimento, o Grupo Não Clínico mostra médias mais altas em todos os indicadores, exceto *Atividades programadas regulares*, um recurso pouco disponível em ambos os grupos. O suporte emocional, medido através de dois

indicadores positivos e dois negativos, também foi mais presente no Grupo Não Clínico, exceto na categoria *Pessoas a quem a criança recorre para ajuda ou conselho*.

DISCUSSÃO

O objetivo desta investigação foi examinar o suporte parental oferecido a crianças com queixas escolares, considerando o suporte específico voltado para a realização acadêmica, bem como o suporte ao desenvolvimento em sentido amplo e o suporte emocional. Famílias que buscaram ajuda psicológica para as dificuldades escolares de seus filhos foram comparadas com famílias que podem ser consideradas como oriundas do mesmo estrato socioeconômico, em face da equivalência da escolaridade dos pais e do fato de as crianças de ambos os grupos frequentarem escola pública.

Confirmando achados de estudos anteriores (Marturano, Linhares, Loureiro & Machado, 1997; Medeiros, 2000), as crianças da clínica apresentaram, como grupo, indícios de vulnerabilidade pessoal, quando comparadas às crianças não encaminhadas à rede de saúde: elas mostram um desempenho cognitivo empobrecido e mais problemas socioemocionais, em que sobressaem dificuldades na auto-regulação da atenção e do comportamento, retraimento e problemas sociais. Todos os componentes desse perfil representam risco para o cumprimento das tarefas de desenvolvimento da fase escolar (Masten & Coastworth, 1998).

A essa maior vulnerabilidade pessoal corresponde um ambiente familiar menos apoiador, onde o suporte está centrado nas questões escolares. Este é um dado novo sobre a clientela infantil encaminhada à rede de saúde em razão de problemas escolares, e está coerente com resultados de estudos descritivos focalizando apenas amostras clínicas (Marturano & Ferreira, 2004; Thompson, Lampron, Johnson & Eckstein, 1990).

A semelhança entre os grupos no domínio do suporte à escolaridade reafirma o que foi ressaltado na introdução, a respeito do empenho das famílias em ajudar a criança a superar sua dificuldade. A iniciativa de buscar recursos de apoio na comunidade frequentemente representa um considerável investimento de tempo, persistência, esforço e mesmo dinheiro, pois em geral o acesso ao serviço requer uma longa espera, o atendimento demanda diversas consultas e o local do atendimento fica distante da residência. Os resultados da presente investigação indicam que a esse empenho em buscar ajuda externa

corresponde um envolvimento cotidiano da família nas atividades relacionadas à escola, o que é um importante recurso de apoio. Entretanto, os resultados sugerem também que no grupo clínico essa ajuda pode estar prejudicada por problemas no relacionamento entre a criança e seus cuidadores. Esses resultados estão de acordo com as observações feitas por Marturano e Ferreira (2004) e remetem à questão da qualidade do suporte. Pais de crianças com dificuldades escolares acabam por se envolver mais com a vida escolar dos filhos (Watkins, 1997), porém o problema escolar pode vir a evocar práticas de suporte intrusivo como, por exemplo, ajudar na tarefa ou conferir a lição sem que a criança tenha solicitado (Pomerantz & Eaton, 2001). Quando o relacionamento entre a criança e os cuidadores já é difícil, a situação de lição de casa se torna uma fonte a mais de conflitos.

No domínio do suporte ao desenvolvimento, verificou-se que as crianças encaminhadas à clínica têm menos acesso a uma gama de recursos que a literatura aponta como relevantes para o desempenho escolar e o ajustamento durante a meninice, tanto em amostras da comunidade como em amostras clínicas (Bradley, Caldwell & Rock, 1988; Ferreira & Marturano, 2002; Marturano, 1999).

O engajamento da família em atividades de suporte ao desenvolvimento tem sido associado à situação econômica (Bradley & Corwyn, 2002); em famílias de baixa renda, é um diferencial importante para o desempenho (Bradley, Caldwell & Rock, 1988). No presente estudo, procurou-se garantir a equivalência da situação econômica nos dois grupos através do balanceamento do nível de escolaridade dos pais, referido como o melhor preditor socioeconômico do desempenho escolar durante os anos da meninice (Bradley & Corwyn, 2002).

Os resultados relativos ao suporte emocional são talvez os mais relevantes para o objetivo deste estudo, pois eles ajudam a compreender os resultados referentes aos demais domínios de suporte parental investigados. Eles sugerem que no grupo clínico os pais – ou pelo menos um deles – estão disponíveis para ajudar a criança, tanto quanto acontece nas famílias do grupo não clínico; no entanto, essa disponibilidade parece restrita a situações de ajuda, já que pais e criança compartilham poucas atividades em casa e os passeios também são raros, de acordo com o indicador obtido no domínio do suporte ao desenvolvimento. Mesmo a concretização da ajuda a que os pais se dispõem parece problemática, já que eles encontram dificuldades no manejo da criança e o relacionamento está prejudicado. Os resultados da

avaliação feita pelas mães no CBCL acrescentam a esse quadro o perfil de uma criança “difícil”, sugerindo efeitos transacionais, com participação ativa da criança nos processos em curso. Dado o caráter relacional das medidas de suporte emocional empregadas neste estudo, pode-se dizer que há dificuldades no vínculo entre a criança e os cuidadores primários, algo como uma relação circular em que o temperamento difícil da criança e as práticas parentais coercitivas são mutuamente fortalecidos através de processos de retroalimentação.

Nesse contexto, a busca de ajuda psicológica adquire um significado mais amplo, que transcende a queixa escolar. É possível que algumas 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 meninice o mais forte preditor de problemas de ajustamento e saúde mental na adolescência (Santos, 1999).

Considerando a função básica do suporte emocional, que leva o indivíduo a acreditar que é importante, amado, estimado e valorizado, pertencendo a uma rede de relações que se entrelaçam (Dubow & Ullman, 1989), pode-se supor que, quando esse apoio falha, o suporte em outros domínios não será percebido como tal, ainda que esteja disponível. Isso pode estar acontecendo às crianças do grupo clínico e, nesse caso, nem mesmo o suporte à escolaridade estará sendo efetivo, pois o que é visto pelos adultos como ajuda para a superação das dificuldades escolares é percebido pela criança como pressão por desempenho.

O conjunto dos resultados tem implicações para o atendimento às crianças com queixas escolares encaminhadas à rede de saúde. Eles alertam para a necessidade de cuidados de saúde mental às crianças que, além de apresentarem dificuldades interpessoais, vivem em famílias que não estão conseguindo manter a base de suporte emocional de que necessitam. De acordo com o conceito de tarefa de desenvolvimento, essas crianças se encontram vulneráveis, porque provavelmente acumulam experiências de fracasso em tarefas de desenvolvimento centrais da meninice - desempenho acadêmico, ajustamento ao ambiente escolar e capacidade de formar laços de amizade. Além disso, não estão recebendo o apoio de que necessitam para o cumprimento das tarefas, já que a escola falhou e a família está encontrando

dificuldade para cumprir suas funções de suporte. Conforme foi assinalado em parágrafo precedente, a vulnerabilidade resultante dessa conjunção de fatores adversos ao desenvolvimento se traduz em dificuldades adaptativas na adolescência.

Programas de suporte às famílias indicadas para atendimento clínico podem ser de grande ajuda para atenuar o risco associado a essa condição. Como ponto de partida, eles devem incluir tanto a criança como a família. Junto à criança, são recomendáveis estratégias que permitam o reconhecimento e o manejo das emoções e sentimentos, a melhora na auto-regulação da atenção e do comportamento, o desenvolvimento de habilidades interpessoais. O membro da família que se dispõe a acompanhar a criança, em geral a mãe, pode receber apoio no sentido de controle do estresse associado às funções parentais e a outros domínios da vida familiar, bem como desenvolvimento de habilidades sociais educativas, com ênfase em estratégias de resolução de problemas interpessoais. Adicionalmente, pode-se oferecer informação quanto ao suporte acadêmico e desenvolvimental à criança, através do rearranjo e da otimização de recursos já presentes no ambiente familiar.

Algumas considerações devem ser feitas em relação ao grupo não clínico, mediante a ressalva de que os resultados não podem ser generalizados, por não se tratar de amostra representativa da população escolar. Foram identificadas neste grupo seis crianças (20%) com desempenho escolar aquém do esperado para a série e problemas socioemocionais em nível clínico. Verifica-se, assim, que tanto crianças referidas como não referidas estão lidando com situações adversas ao cumprimento das tarefas de desenvolvimento da fase escolar; em ambos os grupos há crianças que estão sinalizando sofrimento e problemas de ajustamento e de desempenho, com a diferença de que no grupo não clínico o número de crianças com dificuldades é menor e elas não foram formalmente identificadas. Essa visão dos resultados implica na responsabilidade do setor público, do sistema educacional e da comunidade em oferecer melhores condições de desenvolvimento às crianças.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Angelini, A. L.; Alves, I.C.B.; Custódio E. M. & Duarte W. F. (1987). *Manual Matrizes Progressivas Coloridas – Escala Especial de J. C. Raven, Dr. John Raven e Dr. J. H. Court. Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barbosa, J. I. & Silveiras, E. F. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia, 11*, 50-56.
- Bordin, I. A. S.; Mari, J. J. & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. *Revista da ABP – APAL, 17*, 55-66.
- Boyce, W.T. (1985). Social Support, Family Relations and Children. Em S. Cohen & S.L. Syme (Orgs.), *Social Support and Health* (p.151-173). Orlando: Academic Press.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*, 371-399.
- Bradley, R. H.; Caldwell, B. M. & Rock, S. L. (1988). Home environment and school performance: A ten-year follow-up and examination of three models of environmental action. *Child Development, 59*, 852-867.
- Dubow, E. F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A. & Reid, G. (1991). A two-year longitudinal study of stressful life events, social support, and social problem-solving skills: Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child Development, 62*, 583-599.
- Dubow, E. F. & Ullman, D. G. (1989) Assessing Social Support in Elementary School Children. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 52-64.
- Elias, L. C. S. (2003). *Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados: caracterização e intervenção*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. Tradução G. Amado. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fan, X. & Chen, M. (2001). Parental Involvement and Students' Academic Achievement: A Meta-Analysis. *Educational Psychology Review, 13*, 1-22.
- Ferreira, M. C. T. & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*, 35-44.
- Fieser, B. H., Wilder, J. & Bickham, N. L. (2000, 2ª ed.). Family context in developmental psychopathology. Em A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Orgs.), *Handbook of developmental psychology* (p.115-134). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Grolnick, W. S. & Ryan, R. M. (1992). Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology, 81*, 143-154.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin, 111*, 127-155.
- Kellaghan, T.; Sloane, K.; Alvarez, B. & Bloom, B. S. (1993). *The home environment and school learning:*

Promoting parental involvement in the education of children. San Francisco: Jossey-Bass.

Leventhal, T. & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in. The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 26, 309-337.

Marturano, E. M. (1999). Recursos no Ambiente Familiar e Dificuldades de Aprendizagem na Escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15, 135-142.

Marturano, E. M. & Ferreira, M. C. T. (2004). A criança com queixas escolares e sua família. Em E. M. Marturano, M. B. M. Linhares e S. R. Loureiro (Orgs.) *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: FAPESP / Casa do Psicólogo (p. 217-246).

Marturano, E. M., Linhares, M. B. M., Loureiro, S. R. & Machado, V. L. S. (1997). Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: comparação com alunos não referidos. *Revista Interamericana de Psicologia*, 31, 223-241.

Marturano, E. M. & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. Em A. Del Prette e Z. A. P. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas, Alínea.

Masten, L. & Coastworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons From Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53, 205-220.

Medeiros, P. C. (2000). *Crianças com dificuldades de aprendizagem: avaliação do senso de auto-eficácia e dos aspectos comportamentais*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Pomerantz, E.M. & Eaton, M. M. (2001). Maternal intrusive support in the academic context: Transactional socialization processes. *Developmental Psychology*, 32, 174-186.

Roeser, R. W. & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. Em A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Orgs.) *Handbook of developmental psychology* (p.135-156). 2ª ed., New York: Kluwer Academic / Plenum.

Sales, J. R. (1989). Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. *Psicologia - Ciência e Profissão*, 9, 22-26.

Santos, M. A. (1990). Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42, 79-94.

Santos, L. C. (1999). *Crianças com dificuldade de aprendizagem: estudo de seguimento*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Stein, L. M. (1994). TDE: *Teste de Desempenho Escolar - Manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Stevenson, D. J. & Baker, D. P. (1987). The family-school relation and the child's school performance. *Child Development*, 58, 1348-1357.

Thompson, J. R. J., Lampron, L. B., Johnson, D. F. & Eckstein, T. L. (1990). Behavior problems in children with the presenting problem of poor school performance. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 3-20.

Watkins, T. J. (1997) Teacher communications, child achievement, and parent traits in parent involvement models. *The Journal of Educational Research*, 91, 3-13.

Recebido em 24/05/2004

Aceito em 30/11/2004

Endereço para correspondência: Edna Maria Marturano. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Depto. Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Av. 9 de Julho, 980 CEP 14025-000 Ribeirão Preto-SP. E-mail: emmartur@fmrp.usp.