


# Recusa Escolar em Adolescentes: Caracterização e Situação 27 a 60 Meses Após a Admissão em Hospital de Dia

## *School Refusal in Adolescents: Characteristics and Follow-Up 27-60 Months After Their Admission to a Day Hospital*

Dora Leal\*, João Marques\*\*, Paula Vaz\*\*, Susana Pereira\*\*, António Matos\*\*

### RESUMO

**Introdução:** A recusa escolar, definida como ausência escolar por causas emocionais, é o motivo de encaminhamento mais frequente para o Hospital de Dia de Adolescentes da Clínica da Juventude.

**Objectivos:** Este estudo pretendeu caracterizar os jovens admitidos por recusa escolar e avaliar a sua situação 27 a 60 meses após a sua admissão no Hospital de Dia da Clínica da Juventude.

**Métodos:** Consulta dos processos clínicos de todos os doentes admitidos entre 01 de Janeiro de 2010 e 31 de Julho de 2012, de modo a avaliar as variáveis: motivo de admissão, sexo, idade, retenções escolares prévias, diagnóstico, presença de psicopatologia parental, duração do seguimento e número de sessões efectivadas. Foi, ainda, realizado um questionário por via telefónica a todos os doentes que tinham sido admitidos por recusa escolar, 27 a 60 meses após a admissão, de modo a apurar a situação escolar/laboral actual, manutenção de seguimento psiquiátrico e

sintomatologia emocional e comportamental actual.

**Resultados:** A maioria dos jovens com recusa escolar apresentou diagnóstico de perturbação afectiva – perturbação de humor e de ansiedade, e um grande número de perturbação de comportamento. Os jovens com recusa escolar necessitaram de uma intervenção mais longa e de um maior número de sessões. Neste estudo, 27 a 60 meses após a admissão em hospital de dia, os doentes com menos de 25 sessões apresentaram mais alterações emocionais e comportamentais e maior necessidade de seguimento psiquiátrico do que os doentes com mais de 100 sessões. Após 27 a 60 meses da admissão em hospital de dia, 15% não tinham ocupação laboral, 50% apresentavam sintomatologia emocional e comportamental significativa e 38,5% ainda necessitavam de seguimento psiquiátrico, sendo estes indicadores mais marcados nos jovens com diagnóstico de perturbações afectivas.

**Conclusão:** A recusa escolar tem um impacto muito significativo na vida dos adolescentes, quer a curto quer a médio prazo, pelo que

\* Serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. ✉ pedodoraleal@gmail.com.

\*\* Clínica da Juventude. Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Recebido / Received: 27.06.2015 – Aceite / Accepted: 03.09.2015.

necessita de uma intervenção abrangente e intensiva, nomeadamente nos doentes com perturbação afectiva.

**Palavras-Chave:** Recusa Escolar; Perturbações Afectivas; *Follow-up*.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** School refusal is defined as absenteeism from school by emotional distress and is the most common reason for referral to the Day Hospital Youth Clinic.

**Objectives:** The purpose of this article was to characterize the patients admitted for school refusal and to evaluate its situation after 27-60 months of their admission to the Day Hospital Youth Clinic.

**Methods:** This study was a retrospective review of clinical records of all patients assisted by Day Hospital Youth Clinic concerning to admission reason, gender, age, school retention, diagnosis, parental psychopathology and intervention intensity, between 1st January 2010 and 31st July 2012. This study also included a telephonic questionnaire with 27-60 months follow-up in order to evaluate school/employment status, psychiatric treatment needs and current emotional and behavioural difficulties.

**Results:** School refusal is associated with mood and anxiety disorders but also with behavioural disorders. Patients with school refusal need more intensive interventions than other patients. In this study, interventions with fewer than 25 sessions had worse outcomes than interventions with more than 100 sessions. Twenty seven to sixty months after admission to the Day Hospital, 15% of

patients had no occupation, 50% had significant emotional and behavioural distress and 38.5% required psychiatric treatment, particularly if they had been diagnosed with affective disorders.

**Conclusion:** School refusal is associated with negative short and long-term outcomes; therefore a comprehensive and intensive intervention is essential particularly in patients with affective disorder.

**Key-Words:** School Refusal; Affective Disorders; *Follow-up*.

## **INTRODUÇÃO**

A recusa escolar é o motivo de encaminhamento mais frequente para o Hospital de Dia de Adolescentes da Clínica da Juventude (HDA). Define-se como ausência escolar por causas emocionais, nomeadamente por medo de ir à escola<sup>1</sup>, e deve ser distinguida de outros conceitos como o de fuga escolar. Este último é caracterizado pela ausência escolar sem uma justificação válida e está muitas vezes relacionado com características de indisciplina, rebeldia e até delinquência<sup>1</sup>. Os jovens com recusa escolar normalmente ficam em casa quando não vão à escola e os seus pais estão preocupados com o absentismo escolar, ao passo que os jovens com fuga escolar normalmente evitam ficar em casa e costumam ocultar aos pais as ausências escolares<sup>2</sup>.

Existem muitos factores que podem contribuir para o aparecimento e manutenção de recusa escolar, tanto a nível individual, como a nível familiar, escolar e ambiental<sup>1</sup>. Entre os factores emocionais destacam-se a existência de psicopatologia, nomeadamente de pertur-

bações do humor e de ansiedade, mas também de perturbações de comportamento<sup>1</sup>.

O absentismo escolar pode ter consequências importantes, quer a curto quer a longo prazo. Entre as consequências a curto prazo destacam-se grande angústia quer do próprio quer da família, insucesso escolar e alienação social<sup>3</sup>. Entre as consequências a longo prazo encontra-se o abandono escolar precoce que leva a habilitações literárias inferiores e, consequentemente, a maiores dificuldades em arranjar emprego ou a conseguir apenas empregos menos qualificados. Existe também um maior risco de estes jovens virem a apresentar comportamentos de delinquência e de abuso de substâncias<sup>4</sup>.

## OBJECTIVOS

O presente estudo foi realizado com uma amostra clínica de doentes seguidos numa unidade especializada em saúde mental da adolescência – HDA – e teve como objectivos gerais a caracterização dos jovens admitidos por recusa escolar e a avaliação da sua situação após 27 a 60 meses da admissão no HDA. Os objectivos específicos deste estudo foram: 1) comparar os jovens encaminhados para o HDA por recusa escolar com os jovens encaminhados para o HDA por outros motivos; 2) dentro do grupo de jovens seguidos no HDA por recusa escolar, comparar os jovens com diagnóstico de perturbações afectivas com os jovens com diagnóstico de perturbações de comportamento; 3) avaliar os jovens admitidos por recusa escolar após 27 a 60 meses da admissão no HDA; 4) perceber se houve diferenças na evolução dos jovens admitidos no HDA 27 a 43 meses e 44 a 60 meses antes des-

te estudo; 5) perceber se, após 27 a 60 meses, houve diferenças na evolução dos jovens que pertenciam aos dois subgrupos de recusa escolar (perturbações afectivas vs. perturbações de comportamento).

## MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho consistiu num estudo retrospectivo. A amostra, de conveniência, não randomizada e acidental, foi constituída por todos os doentes seguidos no HDA entre 01 de Janeiro de 2010 e 31 de Julho de 2012.

A recolha de dados foi realizada através da análise do processo clínico de todos os doentes da amostra, de modo a avaliar as variáveis: motivo de entrada, sexo, idade, retenções escolares prévias, diagnóstico psicopatológico segundo a classificação DSM-IV-TR<sup>5</sup>, presença de psicopatologia materna, presença de psicopatologia paterna, número sessões no HDA, meses de seguimento no HDA e motivo de alta do HDA.

O grupo de estudo foi constituído pelos doentes que foram admitidos no HDA por recusa escolar e o grupo de controlo foi constituído pelos doentes que foram admitidos no HDA por outros motivos. Quando importante para um melhor esclarecimento, dividiu-se o grupo de recusa escolar em dois subgrupos, um que incluiu os doentes que tinham diagnóstico de perturbações afectivas (perturbações de ansiedade e perturbações de humor), e outro que incluiu os doentes com diagnóstico de perturbação do comportamento.

Foram ainda realizados, entre Outubro e Dezembro de 2014, contactos telefónicos a todos os doentes que tinham sido admitidos no HDA por recusa escolar, ou seja, 27 a 60

meses após a admissão no HDA. Durante a entrevista, foi realizado um pequeno questionário de modo a apurar a importância atribuída pelo próprio ao seguimento no HDA numa escala de zero a cinco valores, a situação escolar/laboral actual, a necessidade de manutenção de seguimento psiquiátrico e foi aplicado o questionário *Strengths and Difficulties Questionnaire* – SDQ<sup>6</sup>. O questionário SDQ é um instrumento psicométrico de avaliação emocional e comportamental curto, preenchido pelo próprio ou pelo cuidador, que averigua os comportamentos, as emoções, as relações, assim como os atributos positivos em crianças e adolescentes. Os resultados para além de caracterizarem a escala total, também permitem discriminar as subescalas “sintomas emocionais”, “problemas de relacionamento com os colegas”, “hiperactividade”, “problemas de comportamento” e “comportamento pró-social”.

Realizou-se a análise descritiva das variáveis em estudo utilizando os programas SPSS® e Excel®. Recorreu-se ao teste qui-quadrado de

modo a determinar se os resultados obtidos eram estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

### Caracterização

No período em estudo foram admitidos 95 jovens no HDA. Destes, 42 (44%) por recusa escolar, 24 (25%) por dificuldades de socialização, 16 (17%) por alterações de comportamento e 13 (14%) por outros motivos. O grupo em estudo foi, então, constituído pelos 42 jovens admitidos por recusa escolar e o grupo controlo foi constituído pelos restantes 57 jovens.

Em relação aos jovens que se encontravam em recusa escolar, estes apresentavam uma média de 6,44 meses de recusa escolar antes da admissão no HDA, com máximo de 28 meses e mínimo de um mês. O período total de recusa escolar médio foi de 12,06 meses, com máximo de 37 e mínimo de três meses.

Relativamente à distribuição por género, ao contrário do que aconteceu no grupo controlo, encontrou-se um predomínio do sexo feminino no grupo de recusa escolar (quadro I).

**Quadro I.** Frequência das variáveis no grupo de recusa escolar e do no grupo controlo.

	Recusa escolar	Grupo controlo	p
<b>Género (♀:♂).</b>	<b>(2,2♀:1♂).</b>	<b>(0,6♀:1♂).</b>	<b>0,001*</b>
<b>Idade</b>	<b>14,98</b>	<b>14,96</b>	<b>0,963</b>
<b>Retenções escolares</b>	<b>85%</b>	<b>69%</b>	<b>0,091</b>
<b>Psicopatologia materna</b>	<b>67%</b>	<b>38%</b>	<b>0,046*</b>
<b>Psicopatologia paterna</b>	<b>17%</b>	<b>33%</b>	<b>0,182</b>

\* Estatisticamente significativo para  $p < 0,05$

Dentro do grupo de recusa escolar só não se encontrou predomínio feminino nos doentes com diagnóstico de perturbação de ansiedade (1♀:1♂).

Não se encontraram diferenças entre a média de idades dos dois grupos (quadro I).

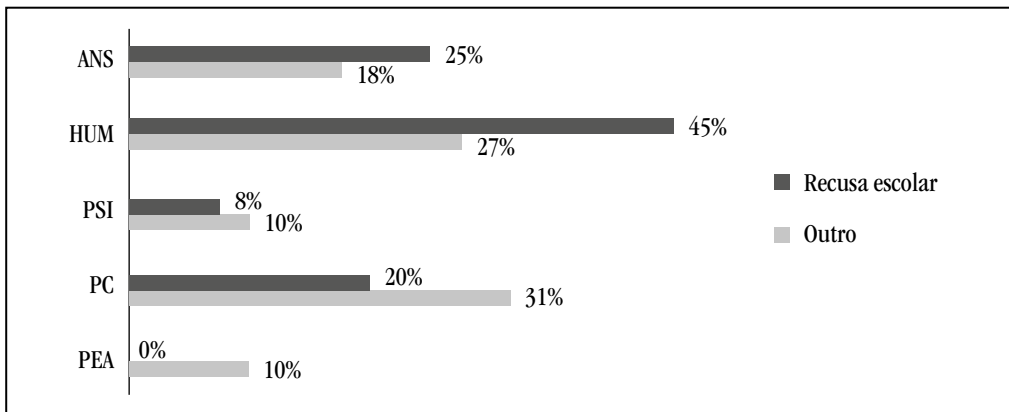
A existência de retenções escolares nos doentes admitidos no HDA foi muito frequente. Não obstante, o grupo de recusa escolar apresentou ainda mais retenções do que o grupo controlo, apesar de esta diferença não ser estatisticamente significativa (quadro I). Dentro do grupo de recusa escolar, encontrou-se uma frequência de retenções de 100% nos jovens com diagnóstico de perturbação do comportamento.

Foi 1,76 vezes mais frequente encontrar psicopatologia materna no grupo de jovens com recusa escolar do que no grupo controlo (quadro I). Dentro do grupo de recusa escolar, a

existência de psicopatologia materna foi mais frequente nos jovens que tinham diagnóstico de perturbação de humor (89%).

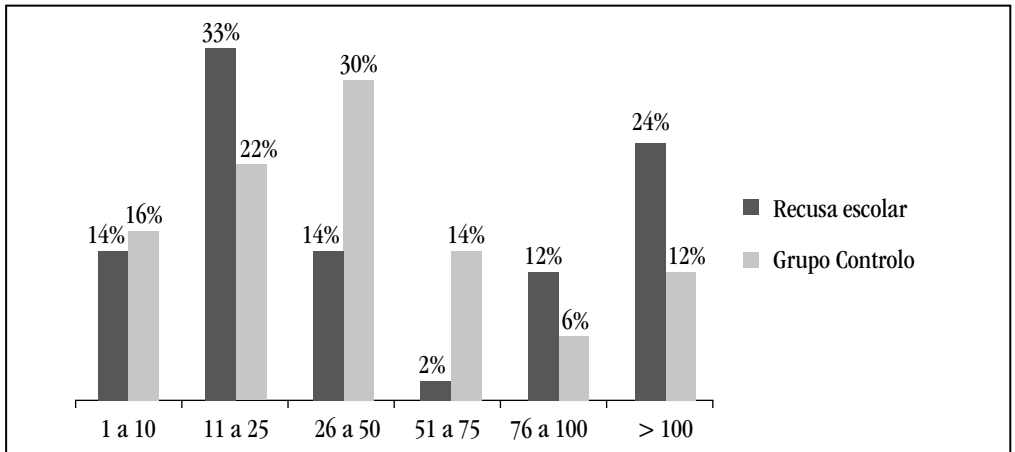
Apesar de ser quase duas vezes mais frequente encontrar psicopatologia paterna no grupo controlo, este achado não teve significado estatístico (quadro I).

A figura 1 apresenta os diagnósticos mais frequentes nos dois grupos. Os diagnósticos mais frequentes no grupo de recusa escolar foram de perturbações de humor (45%) e de perturbações de ansiedade (25%), seguidos de perturbações do comportamento (20%) e de perturbações psicóticas (8%). Os diagnósticos mais frequentes no grupo controlo foram de perturbações de comportamento (31%), perturbações de humor (27%), perturbações de ansiedade (18%), perturbações psicóticas e perturbações do espectro do autismo (10%).

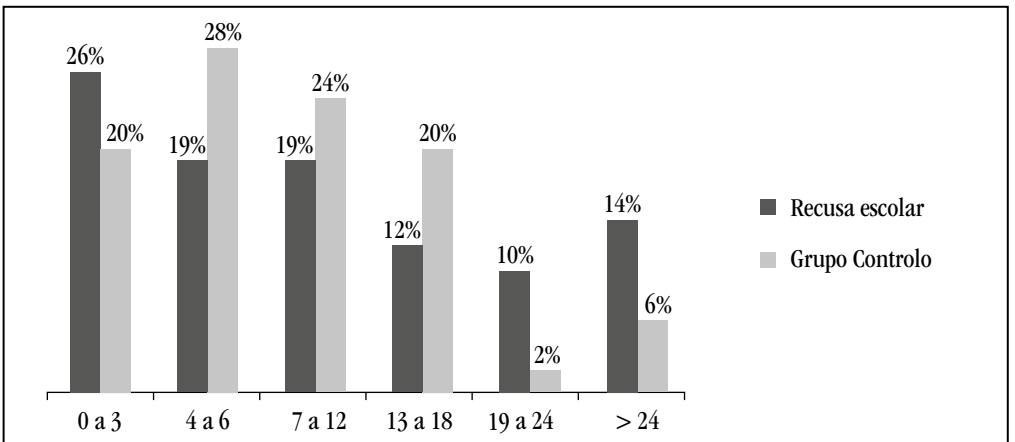


**Figura 1:** Gráfico de barras referente à distribuição por diagnósticos nos dois grupos.

ANS - perturbação de ansiedade, HUM - perturbação de humor, PSI - perturbação psicótica, PC - perturbação de comportamento, PEA - perturbação do espectro do autismo



**Figura 2:** Gráfico que representa a distribuição por número de sessões dos jovens com recusa escolar (n=42) e no grupo de jovens do grupo controlo (n=56).



**Figura 3:** Gráfico que representa a distribuição da duração em meses do seguimento dos jovens com recusa escolar (n=42) e dos jovens do grupo controlo (n=56).

Todos os doentes acompanhados no HDA mantêm o acompanhamento pedopsiquiátrico ajustado ao diagnóstico e características individuais do próprio, que pode incluir psicoterapia individual, psicofarmacoterapia e/ou

terapia familiar. O tratamento proporcionado no HDA é maioritariamente constituído por terapia de grupo, com actividades terapêuticas seleccionadas e adaptadas aos problemas e objectivos a alcançar pelos elementos que com-

põem o grupo, tendo sempre especial atenção às características pessoais, sociais, culturais e ambientais de cada um.

Em média, os adolescentes do grupo de recusa escolar necessitaram de 59,2 sessões e de 11,3 meses de seguimento e os adolescentes do grupo de controlo necessitaram de 44,0 sessões e de 9,5 meses de seguimento. As figuras 2 e 3 mostram as respectivas distribuições.

Dentro do grupo admitido por recusa escolar, os adolescentes com diagnóstico de perturbação de comportamento necessitaram, em média, de 38 sessões e de 7,6 meses de seguimento, os jovens com perturbação de humor necessitaram, em média, de 52 sessões e de 10,1 meses de seguimento e os adolescentes com perturbações de ansiedade necessitaram, em média, de 95 sessões e de 16,8 sessões de seguimento.

O grupo de recusa escolar apresentou 1,7 vezes mais altas por abandono do que o grupo controlo, no entanto, sem significado estatístico. No grupo de recusa escolar, houve mais abandonos do projecto terapêutico nos jovens com diagnóstico de perturbação de humor (45%).

### **Situação Após 27 a 60 Meses**

Foram realizadas até três tentativas de contacto telefónico com todos os doentes admitidos no hospital de dia por recusa escolar. Dos 42 jovens da amostra, 26 (62%) responderam ao questionário, um recusou responder ao questionário e 15 (36%) tinham o número inactivo ou desligado em todas as tentativas de contacto.

Dos 26 que responderam ao questionário, treze tinham sido admitidos no HDA 27 a 43 meses antes e treze tinham sido admitidos no HDA 44 a 60 meses antes.

Dos doentes admitidos no HDA 27 a 43 meses antes, nove (70%) apresentavam diagnóstico de perturbações afectivas e dois (15%) apresentavam diagnóstico de perturbações do comportamento (quadro II).

Dos doentes admitidos no HDA 44 a 60 meses antes, onze (85%) apresentavam diagnóstico de perturbações afectivas e dois (15%) apresentavam diagnóstico de perturbações do comportamento (quadro III).

A média de idades dos jovens no momento dos telefonemas foi de 17,8 anos, com um mínimo de catorze e um máximo de 20 anos.

Todos os inquiridos avaliaram positivamente a importância do seguimento no HDA. Numa escala de zero a cinco, 46% dos inquiridos atribuíram nível cinco e 31% nível quatro. Quando se compararam os subgrupos, perturbações afectivas e perturbações do comportamento, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, apesar do grupo de perturbações afectivas ter pontuado com mais níveis cinco (quadro II e III).

Em relação à situação laboral/escolar actual, 58% encontravam-se a estudar, 27% a trabalhar e 15% sem ocupação. Quando se compararam os doentes admitidos no HDA 27 a 43 meses antes com os doentes admitidos 44 a 60 meses antes, verificou-se que 23% dos primeiros não tinham ocupação laboral enquanto apenas 8% dos segundos não tinham (quadro II e III). Dentro do subgrupo com diagnóstico de perturbações afectivas verificou-se que, dos doentes admitidos em HDA 27 a 43 meses antes, 78% estudavam e 22% não tinham ocupação laboral e que, dos doentes admitidos após 44 a 60 meses, 45% trabalhavam, 45% estudavam e apenas 9% não tinham ocupa-

**Quadro II.** Resposta aos questionários de *follow-up* dos doentes com recusa escolar após 27 a 43 meses da admissão.

	Recusa escolar (Total)	Diagnóstico de perturbações afectivas	Diagnóstico de perturbações do comportamento
n	13	9	2
Sem ocupação	23%	22%	0%
Seguimento psiquiátrico actual	54%	56%	0%
SDQ anormal	31%	22%	50%

Sem significado estatístico

**Quadro III.** Resposta aos questionários de *follow-up* dos doentes com recusa escolar após 44 a 60 meses da admissão.

	Recusa escolar (Total)	Diagnóstico de perturbações afectivas	Diagnóstico de perturbações do comportamento
n	13	11	2
Sem ocupação	8%	9%	0%
Seguimento psiquiátrico actual	23%	27%	0%
SDQ anormal	69%	82%	0%

Sem significado estatístico

ção. Dentro do subgrupo com diagnóstico de perturbações de comportamento verificou-se que, quer nos dos doentes admitidos em HDA 27 a 43 meses antes quer nos admitidos 44 a 60 meses antes, 50% dos doentes estudavam e 50% dos doentes trabalhavam.

Relativamente à necessidade de manutenção de seguimento psiquiátrico, 38,5% ainda necessitavam de seguimento no momento do contacto telefónico. Quando se compararam os doentes admitidos no HDA 27 a 43 meses antes com os doentes admitidos 44 a 60 meses antes, verificou-se que 54% dos primeiros tinham seguimento psiquiátrico actual enquanto apenas 23% dos segundos tinham (quadro II e III). É de

realçar que todos os que necessitavam de seguimento se encontravam no subgrupo de perturbações afectivas (quadro II e III).

Cerca de 50% dos inquiridos apresentavam sintomatologia emocional e comportamental classificada como anormal na escala aplicada. Quando se compararam os doentes admitidos no HDA 27 a 43 meses antes com os doentes admitidos 44 a 60 meses antes, verificou-se que 31% dos primeiros pontuavam como anormal na escala actual e que mais do dobro (69%) dos segundos pontuavam como anormal nessa escala (quadro II e III). Quando se compararam os dois subgrupos, verificou-se que os doentes que pontuavam como anormal



na escala eram sobretudo do subgrupo perturbações afectivas (quadro II e III). Estas alterações são sobretudo nas subescalas emocional e relação com pares.

Quando se analisaram os doentes com menos de 25 sessões no HDA (46% das respostas aos questionários), verificou-se que 8% não tinham ocupação, 66% pontuaram como anormal na escala SDQ e 41% ainda necessitavam de seguimento psiquiátrico 27 a 60 meses após a admissão no HDA. Entre os doentes com mais de 100 sessões no HDA (27% das respostas aos questionários), verificou-se que 14% não tinham ocupação, 28% pontuaram como anormal na escala SDQ e 14% ainda necessitavam de seguimento psiquiátrico no momento dos contactos telefónicos de *follow-up*.

## DISCUSSÃO

Existe uma forte associação entre absentismo escolar e psicopatologia, tanto em amostras clínicas como comunitárias. Um estudo comunitário encontrou diagnóstico psiquiátrico em 24,5% dos jovens com absentismo escolar, mais especificamente diagnóstico de depressão (13,9%), de ansiedade (10,8%), de perturbação de oposição (5,6%) e de perturbação de comportamento (5%)<sup>7</sup>.

A recusa escolar foi o principal motivo de admissão no HDA, unidade especializada no tratamento de perturbações de saúde mental que necessitam de uma intervenção mais intensiva do que a proporcionada em consulta externa, o que reflecte a importância de estar atento a esta problemática.

A maioria dos estudos sobre absentismo escolar refere que o género masculino evidencia absentismo escolar mais frequentemente rela-

cionado com fuga escolar, enquanto o género feminino apresenta absentismo escolar mais relacionado com problemas emocionais<sup>3</sup>. Neste estudo, encontrou-se um predomínio significativo do sexo feminino no grupo de recusa escolar, o que poderá reflectir esta tendência. Este estudo revela uma associação entre retenção escolar e recusa escolar. Alguns estudos apontam as dificuldades escolares como um factor de risco para recusa escolar e<sup>1</sup>, por outro lado, a recusa escolar também pode conduzir a insucesso escolar<sup>3</sup>.

Tal como extensamente referido na literatura, existe uma elevada percentagem de psicopatologia nos pais de crianças/adolescentes seguidos em consultas de saúde mental, o que foi visível na nossa amostra, quer nos doentes admitidos por recusa escolar, quer nos doentes admitidos por outros motivos. Neste estudo encontrou-se uma percentagem ainda mais significativa de psicopatologia materna no grupo de recusa escolar. Este achado vai de encontro a outros estudos, que também encontraram mais psicopatologia parental nos doentes com recusa escolar do que nos controlo, nomeadamente no que respeita a perturbações de ansiedade e do humor<sup>8,9</sup>.

Os jovens do grupo de recusa escolar, nomeadamente do subgrupo com perturbações afectivas, apresentaram necessidade de um maior número de sessões e de seguimentos mais longos do que os jovens admitidos por outro motivo. Este seguimento mais intensivo e mais longo parece ser importante, uma vez que neste estudo se verificou que os doentes com menos de 25 sessões no HDA apresentavam uma menor percentagem de ocupação laboral, mais sintomatologia emocional e comportamental

e maior necessidade de seguimento psiquiátrico após 27 a 60 meses da admissão em HDA do que os doentes com mais de 100 sessões, o que sugere a importância de uma intervenção mais intensiva/prolongada.

Após 27 a 60 meses da admissão no HDA por recusa escolar, 58% encontravam-se a estudar, 27% a trabalhar e 15% sem ocupação. Neste estudo, a percentagem de doentes sem ocupação era inferior nos doentes que tinham sido admitidos 44 a 60 meses antes (8%) do que nos doentes admitidos 27 a 43 meses antes (23%). Este achado vai ao encontro do estudo de *follow-up* de McShane e colegas, que seguiu adolescentes tratados por recusa escolar após seis meses e após três anos, e verificou melhoria funcional no ambiente escolar ou laboral em 70% e 76% dos jovens, respetivamente<sup>10</sup>.

No nosso estudo, após 27 a 60 meses da admissão no HDA por recusa escolar, 50% apresentavam valores anormais na escala SDQ de sintomatologia emocional e comportamental e 38,5% ainda necessitavam de seguimento psiquiátrico. Vários estudos de *follow-up* também encontraram esta tendência, referindo que os adultos que foram tratados por recusa escolar na infância/ adolescência tendem a necessitar mais de atendimento em consultas de psiquiatria do que adultos sem antecedentes de recusa escolar<sup>11</sup>. Kearney verificou que mais de 52% dos jovens com recusa escolar preenchiam critérios diagnósticos para outro problema psicológico anos mais tarde, nomeadamente para perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, perturbações de comportamento e perturbações de personalidade<sup>12</sup>.

Neste estudo é de realçar que os indivíduos que se encontravam sem ocupação e que tinham necessidade de seguimento psiquiátrico pertenciam ao subgrupo com diagnóstico de perturbações afectivas. Estes também apresentavam valores mais elevados de sintomatologia emocional e comportamental do que os indivíduos do subgrupo com diagnóstico de perturbações de comportamento. Este achado vai ao encontro do estudo de McShane e colegas que também encontrou piores resultados no *follow-up* dos participantes com distímia e com fobia social<sup>10</sup>.

Entre as principais limitações deste estudo encontra-se o facto de a amostra ser muito pequena, especialmente quando subdividida em 27 a 43 meses e em 44 a 60 meses após a admissão no HDA. Seria importante repetir o questionário de *follow-up* dentro de 2 anos, de modo a perceber o que acontece aos doentes que tinham sido admitidos no HDA 27 a 43 meses antes deste estudo.

Outra limitação é o facto de a amostra ser apenas representativa da população acompanhada no hospital de dia da Clínica da Juventude, sem possibilidade de generalização para a população geral.

A ausência de grupo controlo, ou seja, de jovens nas mesmas condições que não tenham sido tratados no HDA, e o desconhecimento dos valores da escala SDQ no início e fim do seguimento não permitem inferir qual o verdadeiro impacto da intervenção.

Neste estudo ainda existe o viés resultante da avaliação da situação actual ser feita através do telefone pois, para além de não ser possível o contacto em muitos casos, o facto do pró-

prio/ cuidador ser a única fonte pode levar a enviesamento dos resultados.

## CONCLUSÃO

A maioria dos jovens com recusa escolar apresenta diagnóstico de perturbação de humor e de ansiedade, mas também perturbação de comportamento.

Nos jovens com recusa escolar é necessário um maior número de sessões e meses de intervenção. Neste estudo, os doentes com menos de 25 sessões apresentavam mais alterações emocionais e comportamentais e maior necessidade de seguimento psiquiátrico do que os doentes com mais de 100 sessões, 27 a 60 meses após a admissão em hospital de dia.

Neste estudo, 27 a 43 meses após a sua admissão em hospital de dia, 23% dos indivíduos não tinha ocupação laboral, 31% apresentava sintomatologia emocional e comportamental significativa e 54% ainda necessitava de seguimento psiquiátrico; 44 a 60 meses após a admissão em hospital de dia, 8% não tinha ocupação, 69% apresentava sintomatologia emocional e comportamental significativa e 23% ainda necessitava de seguimento psiquiátrico. Tanto no grupo de doentes avaliados 27 a 43 meses após a sua admissão em hospital de dia, como nos avaliados 44 a 60 meses após admissão, estes indicadores eram mais marcados nos jovens com diagnóstico de perturbação afectiva.

Este estudo mostrou que a recusa escolar tem um impacto muito significativo na vida dos adolescentes, quer a curto quer a médio prazo, pelo que necessita de uma intervenção abrangente e intensiva, nomeadamente nos doentes com perturbação afectiva.

## Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

## Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

## Bibliografia / *References*

1. Hendron M. School refusal behaviour: The relationship between functions and symptom sets. Las Vegas: University Libraries. 2011.
2. McCluskey CP, Bynum TS, Patchin JW. Reducing chronic absenteeism: An assessment of early truancy initiative. *Crime Delinq.* 2004; 50(2): 214-234.
3. Kearney CA. School refusal behaviour in youth: A functional approach to assessment and treatment. Washington DC: American Psychological Association. 2001.
4. Shendon SB, Epstein JL. Getting students to school: Using family and community involvement to reduce chronic absenteeism. *School Community.* 2004; 14(2): 39-56.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR.* Washington DC: American Psychiatric Publishing. 2000.
6. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol and Psc.* 1997; 38(5): 581-586.
7. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: A community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003; 42(7): 797-807.

8. McShane G, Walter G, Rey JM. Characteristics of adolescents with school refusal. *Austral NZ J Psychiat.* 2001; 35(6): 822-826.
9. Bahali K, Tahiroglu AY, Avci A, Seydaoglu G. Parental Psychological Symptoms and Familiar Risk Factors of Children and Adolescents Who Exhibit School Refusal. *East Asian Arch Psychiatry.* 2011; 21(4): 164-169.
10. McShane G, Walter G, Rey JM. Functional outcome of adolescents with school refusal. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2004; 9(1): 53-60.
11. Flakierska N, Lindström M, Gillberg C. School refusal: A 15-20-year *follow-up* study of 35 Swedish urban children. *Br J Psychiatry.* 1988; 152(6): 834-837.
12. Kearney CA. Dealing with school refusal behaviour: A primer for family physicians. *J Fam Pract.* 2006; 55 (8): 685-692.