

Recusa Escolar – Características Clínicas

*José Marcelino Bandim**

Introdução

Sabe-se que o absentismo escolar e a criança que cabula aula são fatos conhecidos há muito tempo, entretanto só recentemente observamos uma preocupação dos autores na diferenciação entre os diversos tipos de problemas que levam uma criança a recusar-se a ir à escola. Jung²⁶, em 1913, foi o primeiro a relatar que “dificuldades em ir à escola podem ser decorrentes a problemas emocionais”. Posteriormente, Broadwin¹⁵ e Partridge³⁶ descreveram um grupo de crianças que não iam à escola, preferindo permanecer em casa junto às suas mães.

Em 1951, Johnson²⁵ cria o termo “Fobia Escolar”, para caracterizar um grupo de crianças que por motivos irracionais recusavam-se a ir à escola, com reações de ansiedade muito intensas quando se deparavam com tal perspectiva. A síndrome provavelmente era precipitada pelo medo de deixar a mãe ou o lar antes que um medo circunscrito à escola.

Estes²⁰, numa tentativa de caracterizar melhor essas crianças do ponto de vista patológico, substituiu o termo “Fobia Escolar” por “Ansiedade de Separação”, já que para este autor o foco da patologia não era o medo ou evitação da situação escolar e sim um medo de deixar a principal figura de vinculação afetiva (mãe). Na Inglaterra, Hersov²³ criou o termo alternativo “School Refusal” (Recusa Escolar), também na perspectiva de evitar tais problemas conceituais.

Com o surgimento do DSM-III³, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, a recusa escolar aparece como sintoma no “Transtorno de Ansiedade de Separação” elaborado pelo referido manual. O aspecto essencial nesse transtorno é uma excessiva ansiedade em relação à separação das principais figuras de vinculação afetiva e/ou do lar. Os critérios diagnósticos incluem nove sintomas, sendo necessária a presença de pelo menos três para se fazer o diagnóstico. Apesar de a recusa escolar ser um dos nove sintomas característicos do Transtorno de Ansiedade de Separação, sua presença não é obrigatória para a realização do diagnóstico. O DSM-III, em sua 3ª edição revisada⁴, segue os mesmos critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade de Separação que o seu antecessor. O CDI-10¹⁸, da Associação Mundial de Saúde, de uma forma geral segue os mesmos critérios diagnósticos

RESUMO

O autor aborda os principais tópicos relacionados à Recusa Escolar (“Fobia Escolar”), desde as primeiras tentativas de conceituação até os mais recentes instrumentos diagnósticos usados na psiquiatria contemporânea referentes ao assunto. Enfatiza os aspectos clínicos, bem como as implicações diagnósticas e todas as modalidades de tratamento usadas atualmente.

Conclui que, apesar dos progressos alcançados em consequência do refinamento diagnóstico, estudos adicionais em relação à epidemiologia, comorbidade e follow-up são necessários para melhor compreensão do transtorno.

UNITERMOS

Recusa Escolar. Fobia Escolar.

* Médico Psiquiatra do Serviço de Saúde Mental do IMIP (Instituto Materno Infantil de Pernambuco)
Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência
Mestrando em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco

para Transtorno de Ansiedade de Separação usados tanto no DSM-III como no DSM-III-R.

Alguns pesquisadores têm defendido unicamente a hipótese do modo circunscrito à escola, onde a criança exibe uma reação fóbica a algum aspecto do ambiente escolar. Entretanto, para a maioria dos autores a ansiedade em ir à escola pode ser decorrente tanto de problemas na separação como de medo excessivo relacionado a algum aspecto da escola^{6,35}. Nesse trabalho optaremos pelo termo “Recusa Escolar”, já que nos parece um termo mais neutro e conseqüentemente com menor possibilidade de imprecisões conceituais.

De uma maneira mais geral, podemos conceituar a recusa escolar como uma parcial ou total incapacidade da criança de ir à escola, caracterizada por um medo desproporcional da escola e/ou inapropriada ansiedade na perspectiva de deixar o lar ou as principais figuras de vinculação.

Prevalência

A incidência da recusa escolar varia na literatura, existem dificuldades na sua real estimativa em decorrência da falta de confiabilidade das informações. Em seu estudo epidemiológico na Ilha de Wight, Rutter³⁹ encontrou na população geral uma prevalência menor que 3% em relação aos outros transtornos psiquiátricos. Aldaz e col.¹⁹, usando um critério no qual todos os informantes relatavam freqüente ausência escolar e extremo medo, acharam que 0,4% de uma amostra representativa de crianças venezuelanas que freqüentavam escola tinham recusa escolar. Quando o mesmo critério foi ampliado para a necessidade de apenas poucas ausências escolares e moderado medo, o padrão de estimativa aumentou para 5,4%. Para a maioria dos estudos, meninos e meninas são afetados igualmente e nenhuma relação com classe social parece ter sido encontrada^{14,6,28,9}. Alguns estudos sugerem que a maioria das crianças com recusa escolar tem um padrão de inteligência acima da média^{1,38}. Existem poucos dados sobre a incidência da recusa escolar em populações específicas. Nos poucos estudos disponíveis a incidência varia de 1-8%^{17,27}.

Aspectos Clínicos

A recusa escolar pode ocorrer em qualquer período dos anos escolares; entretanto, é mais observada em três principais picos, entre 5-6 anos; 11-12 anos e 13-14 anos^{14,35}. O início da sintomatologia pode ser gradual ou agudo. O início agudo é mais freqüente em crianças jovens no início da idade escolar, enquanto que o início

insidioso aparece mais em crianças mais velhas e adolescentes²⁴. Os episódios de recusa escolar são freqüentemente precipitados por alguma mudança significativa na vida da criança, as quais podem incluir mudanças de classe, experiências traumáticas ou desapontamentos na escola, ausência prolongada da escola motivada por doenças, morte de algum parente próximo ou amigo, maior exigência acadêmica com o aumento da idade e progresso escolar^{23,35}. Apesar da existência de fatores precipitantes para o aparecimento dos episódios, não é raro que tais fatores não sejam detectados²².

Nos episódios de recusa escolar, a criança é tomada por uma grande ansiedade na perspectiva de ter que ir à escola, podem aparecer queixas somáticas, como cefaléia, tremores, dor abdominal, anorexia, vômitos, diarreia e aumento das micções. Comportamento agressivo, crises de birra e crises de choro são respostas comuns aos esforços dos pais para restaurar a ida da criança à escola. Os sintomas de ansiedade e o comportamento agressivo tendem a desaparecer tão logo a criança seja assegurada pelos pais da sua permanência no lar e a sua não ida à escola^{2,29,9,1}. Vale salientar que algumas crianças podem desenvolver sintomatologia de caráter depressivo, podendo alternar com os episódios de ansiedade^{14,12}. Tais características são observadas principalmente em adolescentes, em que o início da recusa escolar é insidioso e a sua apresentação clínica é crônica. Metade desses adolescentes preenchem critérios para um Episódio Depressivo Maior e um Transtorno de Ansiedade, mais comumente Transtorno de Ansiedade de Separação¹⁰.

Diagnóstico

A recusa escolar não é uma síndrome homogênea e sim uma síndrome com a predominância de aspectos heterogêneos, sendo fundamental a sua diferenciação diagnóstica²⁹. Uma primeira preocupação dos autores foi na diferenciação entre recusa escolar e a não ida à escola motivada por transtorno de conduta. Na recusa escolar a criança permanece em casa com o conhecimento dos pais, diferentemente do cabulador (gazeador), que freqüentemente está fora de casa ou da escola sem o conhecimento dos pais²³. Um outro aspecto é a ausência de comportamento anti-social nas crianças com recusa escolar, já que não manifestam tendências como roubo, mentira, destrutividade e vadiagem num padrão repetitivo de comportamento, características estas de crianças com Transtorno de Conduta⁶.

A recusa escolar não aparece como transtorno dentro do DSM-III-R e CID-10; entretanto, tem se enfatizado

o Transtorno de Ansiedade de Separação como o principal transtorno relacionado a sua etiologia¹⁶. Para Last^{32,33} existem 2 subgrupos diferentes de crianças com Recusa Escolar, a saber:

1. Recusa Escolar relacionada a Transtorno de Ansiedade de Separação - Neste grupo as crianças preencheram mais um diagnóstico (sendo o Transtorno de Excesso de Ansiedade o mais freqüente); as mães apresentaram com maior freqüência história pregressa de Recusa Escolar e a patogênese do medo nas crianças teria a sua origem no relacionamento mãe-filho (superproteção e dependência).

2. Recusa Escolar relacionada à Fobia Simples (circunscrita à escola) - Neste grupo as crianças tendiam a ser mais velhas e a exibir Recusa Escolar num grau mais severo; a patogênese do medo está mais relacionada a circunstâncias ou eventos do ambiente escolar.

Conclui a autora que o termo "Fobia Escolar" tem sido aplicado para as duas diferentes populações de crianças, isto é, aquela que evidencia Transtorno de Ansiedade de Separação e aquela que mostra reação fóbica a algum aspecto do ambiente escolar (Fobia Simples), salientando que nem toda criança diagnosticada como tendo Transtorno de Ansiedade de Separação apresenta recusa escolar e nem toda criança com "Fobia Escolar" apresenta Transtorno de Ansiedade de Separação.

Um outro aspecto da recusa escolar freqüentemente observado na prática clínica e também enfatizado pela literatura é a associação da sintomatologia de ansiedade com sintomas depressivos, podendo-se inclusive proceder ambos os diagnósticos^{6,32,31}.

Tratamento

Retorno Imediato à Escola

A maioria dos autores concorda que o principal ponto de tratamento é o retorno mais rápido possível da criança à escola. Entretanto, todas as circunstâncias relacionadas ao ambiente escolar devem ser investigadas^{24,37,2}. Para Bernstein¹¹, quanto mais tempo uma criança com recusa escolar permanecer em casa, maior será a dificuldade para o retorno à escola, pois existe a possibilidade de um ganho secundário associado com a permanência em casa e conseqüentemente mais atenção e tempo livre.

Orientação Familiar

A orientação familiar é de grande importância, muitas vezes torna-se difícil convencer os pais de que o

retorno da criança à escola o quanto antes é fundamental, já que entre os pais existe uma crença muito forte de que os seus filhos em primeiro lugar devem ser tratados de alguma doença orgânica não diagnosticada ou mesmo de que alguma coisa errada está acontecendo na escola. Para Alexander², algumas vezes é necessária uma avaliação física completa, ainda que os sintomas sejam compatíveis com o diagnóstico de recusa escolar. Tal procedimento assegura aos pais e à criança que a natureza do transtorno não é de etiologia orgânica e sim decorrente da ansiedade ou depressão.

Técnicas de orientação familiar baseadas numa linha de modificação de comportamento podem ser usadas para diminuir o comportamento de superproteção dos pais, já que existe alguma evidência deste tipo de comportamento entre os pais de crianças com recusa escolar⁴⁰.

Tratamento Comportamental e Psicoterapia Dirigidos à Criança

Numa abordagem mais recente, alguns autores têm defendido a terapia de base comportamental para a recusa escolar, principalmente na perspectiva de um retorno mais rápido da criança à escola^{40,29}. Já para Ajuriaguerra¹, o tratamento psicoterápico é indicado naqueles casos em que se identifica uma estrutura neurótica de funcionamento, contudo, inscrevendo-se numa perspectiva a longo prazo.

Blagg e Yule¹³, em um interessante estudo, avaliaram diferentes modalidades de tratamento para a recusa escolar. Nesse trabalho 30 pacientes receberam tratamento comportamental, 16 pacientes receberam tratamento hospitalar e 20 receberam psicoterapia e aulas particulares em casa. A idade dos pacientes variava entre 11 e 16 anos. A terapia comportamental foi mais eficiente em comparação às outras modalidades de tratamento na diminuição da ansiedade da separação e facilitação do retorno mais rápido da criança à escola, bem como permanência na mesma.

Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico da recusa escolar tem sido preconizado pela maioria dos autores, principalmente nas formas graves relacionadas a Transtorno de Ansiedade de Separação onde as outras modalidades de tratamento falharam. Dentre os fármacos, os mais estudados têm sido os tricíclicos, apesar da escassez de estudos controlados apoiando a sua efetividade^{11,34,9}.

Para Klein³⁰, a imipramina é efetiva na redução da ansiedade de separação, mas pouco efetiva na ansiedade antecipatória. Doses entre 75 e 200 mg/dia

foram eficientes em crianças de 6-14 anos, mas ressalta o autor que em algumas crianças com severa ansiedade de separação sem recusa escolar, a resposta terapêutica pode surgir com doses mais baixas, como 25 e 75 mg/dia. A resposta terapêutica de uma forma geral se dá no período de 6-8 semanas. Uma vez conseguida a resposta desejada o fármaco deve ser mantido por mais oito semanas e então gradualmente retirado. Raramente se faz necessária a manutenção do fármaco por mais de 3 meses.

Berney e col.¹², em um outro estudo duplo-cego controlado por placebo, utilizaram a clomipramina na posologia de 40 a 75 mg/dia em crianças com o diagnóstico de recusa escolar. Os autores não relataram diferença significativa entre o placebo e a clomipramina, valendo salientar que a posologia utilizada no estudo de Klein era maior que a posologia utilizada no estudo de Berney, além do fato de que a população estudada por Berney era mais velha e composta provavelmente por pacientes com sintomas depressivos.

Em nosso meio, Zaldo Rocha³⁷, num estudo aberto com 18 pacientes diagnosticados como Fobia Escolar, com idades variando entre 4 e 11 anos, utilizou a imipramina numa posologia variando entre 10 e 40 mg/dia, associada ao clordiazepóxido na posologia de 5-10 mg/dia. Além do tratamento farmacológico, foi utilizada uma técnica de condicionamento operante com reforço positivo, na qual durante 15 dias que antecediam a reintrodução ao ambiente escolar, a criança recebia, em sua residência, por 2 ou 3 vezes, a visita de sua professora, que, nessas ocasiões, se comportava como se fosse uma amiga íntima dos pais da criança, procurando, na medida em que as visitas se sucediam, estabelecer, com aquela, um bom relacionamento. O objetivo dessas visitas era produzir um condicionamento positivo entre a criança e a professora. Decorridos 18 dias da primeira consulta todas as 18 crianças foram reconduzidas à escola e no período de 3 meses a medicação foi retirada na grande maioria dos casos.

Evolução

Os estudos de acompanhamento de crianças com recusa escolar são poucos; contudo, observamos um bom prognóstico para a maioria dos pacientes na prática clínica. Berg e Jackson⁸, em um estudo de 160 adolescentes com recusa escolar revistos 10 anos após o tratamento em uma unidade psiquiátrica, relataram que 5% dos pacientes tinham sido readmitidos no hospital por severo transtorno do humor, 15% dos

pacientes permaneceram com flutuação da sintomatologia e prejuízo social, 30% dos pacientes tinham necessitado de tratamento psiquiátrico adicional, principalmente para ansiedade e depressão, e os restantes 50% tiveram boa evolução, totalmente livres dos sintomas após o tratamento inicial. Flakieska e col.²¹, num estudo de follow-up de 15-20 anos com 35 crianças suecas, com idades variando entre 7-12 anos, encontraram resultados semelhantes aos do estudo de Berg. Estudos bem controlados de acompanhamento em nosso meio são inexistentes.

Tem sido levantada a possibilidade da relação entre recusa escolar na criança e agorafobia no adulto⁷. Tal possibilidade foi baseada em estudos retrospectivos de adultos, os quais devem ser interpretados com bastante cuidado, sendo necessária a realização de estudos adicionais esclarecendo melhor esta relação.

Conclusão

Vimos que desde as primeiras tentativas de conceituação da recusa escolar, consideráveis progressos surgiram em consequência do refinamento diagnóstico através de instrumentos como o DSM em sua 3ª edição e mais recentemente o CID em sua 10ª edição, possibilitando assim a realização de estudos controlados entre os diversos grupos de pacientes. São necessários estudos epidemiológicos adicionais, bem como estudos de comorbidade. Apesar de uma sintomatologia aparentemente bem definida, existem implicações diagnósticas de importância fundamental no direcionamento do tratamento. As modalidades de tratamento são variáveis, desde uma abordagem centrada na orientação familiar até os mais recentes métodos de terapia comportamental. O tratamento farmacológico tem o seu lugar nos casos refratários, onde se utilizaram as outras formas de tratamento sem sucesso. Existem na literatura poucos estudos controlados sobre o uso dos fármacos no tratamento da recusa escolar, sendo necessária a reaplicação dos estudos já existentes ou a elaboração de novos estudos, como também pesquisas adicionais em relação à evolução dos pacientes tratados.

SUMMARY

The author talks about the main topics which are connected with School Refuse since the first efforts to concept them until the more recent diagnostics instruments used on psychiatry about it. He emphasizes the clinic features and diagnostics implications as well as all the treatment modalities used nowadays.

In spite of the progress about the diagnostic refinement, further researches about epidemiology, comorbidity and follow-up are necessary to better understand the School Refuse.

KEY WORDS

School Refuse. School Phobia.

Bibliografia

1. AJURIAGUERRA, J. - A Criança e a Escola. No Manual de Psiquiatria Infantil – Ajuriaguerra. Masson do Brasil. Rio de Janeiro, 1980.
2. ALEXANDER, K.C. - School Phobia. Sometimes a Child or Teenager has a good reason. *Postgraduate Medicine* 85:261-289, 1989.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. 3a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3a. ed. Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
5. ATKINSON, L.; QUARRINGTON, B. & CYR, J.J. - School Refusal: The Heterogeneity of a Concept. *American Journal of Orthopsychiatry* 55:83-101, 1985.
6. BERG, I.; NICHOLS, K. & PRITCHARD, C. - School Phobia – Its Classification and Relationship to Dependency. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 10:123-141, 1969.
7. BERG, I.; MARKS, I.; MCGUIRE, R. & LIPSEGE, M. - School Phobia and Agoraphobia. *Psychological Medicine* 4:428-434, 1974.
8. BERG, I. & JACKSON, A. - Teenage School Refusers Grow-up. *Br. J. Psychiatry* 147:366-370, 1985.
9. BERG, I. - School Avoidance, School Phobia and Truancy. In: Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Edited by Melvin Lews. Williams & Wilkins, Baltimore, USA, 1991.
10. BERNSTEIN, G.A. & GARFINKEL, B.D. - School Phobia: Overlap of Affective and Anxiety Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 25:235-241, 1986.
11. BERNSTEIN, G.A. - Transtornos de Ansiedade. Em: Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. Barry D. Garfinkel, Gabrielle A. Carlson e Elizabeth B. Weller (eds.). Artes Médicas. Porto Alegre, 1992.
12. BERNEY, T.; KOLVIN, I.; BHATER, S.R. et al. - School Phobia: A Therapeutic Trial with Clomipramina and Short-term Outcome. *Br. J. Psychiatry* 138:83-101, 1985.
13. BLAGG, N.R. & YULE, W. - The Behavioural Treatment of School Refusal: A Comparative Study. *Behav. Res. Ther.* 22:119-127, 1984.
14. BLAGG, N. - School Phobia and Its Treatment. Croom Helm, London, 1987.
15. BROADWIN, I.T. - A Contribution to the Study of Truancy. *Am. J. Orthopsychiatry* 2:253-259, 1923.
16. BURKE, A.E. & SILVERMAN, W. - The Prescriptive Treatment of School Refusal. *Clinical Psychology Review* 7:353-362, 1987.
17. CHAZAN, M. - School Phobia. *Br. J. Educ. Psychol.* 32:200-217, 1962.
18. CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
19. DE ALDAZ, E.G.; FELDMAN, L.; VIVAS et al. - Characteristics of Venezuelan Refusers toward the Development of a High Risk Profile. *J. Nerv. Ment. Dis.* 175:402-407, 1987.
20. ESTES, H.R.; HAYLETT, C.H. & JOHNSON, A.M. - Separation Anxiety. *Am. J. Orthopsychiatry* 10:682-695, 1956.
21. FLAKIESKA, N.; LINDSTRÖM, M. & GILLBERG, C. - School Refusal: A 15-20-Year Follow-up Study of 35 Swedish Urban Children. *Br. J. Psychiatry* 152:834-837, 1988.
22. GITTLEMAN-KLEIN, R. & KLEIN, D. - Separation Anxiety in School Refusal and Its Treatment with Drugs. In: Out of School. Hersov, Berg I (eds.). John Wiley & Sons. Chichester, 1980.
23. HERSOV, L.A. - Refusal to Go to School. *J. Child. Psychol. Psychiatry* 1:137-145, 1960.
24. HERSOV, L.A. - School Refusal. In: Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1985.
25. JOHNSON, A.M.; FALSTEIN, E.I.; SZUREK, S.A. et al - School Phobia. *Am. J. Orthopsychiatry* 11:702-711, 1941.
26. JUNG, C.G. - A case of Neurosis in a Child. In: Collected Works of CG Jung (vol. 4). Basic Books. New York, 1961.
27. KAHN, J.H. & NURSTEN, J.P. - School Refusal: A Comprehensive View of School Phobia and Other Failures of School Attendance. *Am. J. Orthopsychiatry* 32:707-718, 1962.
28. KENNEDY, W.A. - School Phobia: Rapid Treatment of Fifty Cases. *Journal of Abnormal Psychology* 70:285-289, 1965.
29. KING, N.J. & OLLENDICK, T.H. - School Refusal: Graduated and Rapid Behavioural Treatment Strategies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23:213-222, 1989.
30. KLEIN, D.F.; GITTLEMAN, R.; QUITKIN, F. et al. - Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatry Disorders: Adults and Children. Williams & Wilkins, pp. 712-718, 1980.
31. KOLVIN, I.; BERNEY, T.P. & BHATER, S.R. - Classification and Diagnosis of Depression in School Phobia. *Br. J. Psychiatry* 145:347-357, 1984.
32. LAST, C.G.; FRANCIS, G.; HERSEN, M.; KAZDIN, A.E. & STRAUSS, C.C. - Separation Anxiety and School Phobia. A Comparison Using DSM-III Criteria. *Am. J. Psychiatry* 144:653-657, 1987.
33. LAST, C.G. & STRAUSS, C.C. - School Refusal in Anxiety-Disordered Children and Adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 29(1):31-35, 1990.
34. MOUREN-SIMEONI; BOUVARD, M. & DUGAS, M. - Indications des Médicaments Psychotropes chez L'Enfant. Editions Techniques. Encycl. Méd. Chir. - Psychiatrie, Paris, 1992.
35. OLLENDICK, T.H. & MAYER, J.A. - School Phobia. In: Turner, S.M. (ed.). Behavioral Theories and Treatment of Anxiety. Plenum Press. New York, 1985.
36. PARTRIDGE, J.M. - Truancy. *J. Ment. Sci.* 85:45-81, 1939.
37. ROCHA, Z. - Terapêutica em Psiquiatria Infantil. Em: Curso de Psiquiatria Infantil - Zaldo Rocha. Sociedade Pernambucana de Psiquiatria, 1981.
38. RODRIGUEZ, A.; RODRIGUES, M. & EISENBERG, L. - The Outcome of School Phobia: A Follow-up Study Based on 41 Cases. *Am. J. Psychiatry* 32:200-217, 1959.
39. RUTTER, M.; TIZARD, J. & WHITMORE, K. - Education, Health and Behaviour. Longman. London, 1970.
40. YULE, W.; HERSOV, L. & TRESEDER, J. - Behaviour Treatment in School Refusal. In: Out of School. Hersov L, Berg I (eds). John Wiley & Sons. Chichester, 1980.

Endereço para correspondência:

Rua Coronel Waldemar Basgal, 170. Piedade - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP. 54320-610 f. (081) 341-2900