

Grupo de ludoterapia comportamental¹

X

Grupo de espera recreativo infantil

Fabiana Guerrelhas, Mariana Bueno e Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras²

Departamento de Psicologia Clínica – IP-USP

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica - IP-USP

Resumo

Este texto pretende distinguir dois tipos de grupos infantis realizados na clínica-escola do IPUSP: ludoterapêutico e recreativo. Em ambos, as crianças brincam com estagiários de Psicologia mas somente no segundo elas são treinadas através de brincadeiras a alterarem seus comportamentos inadequados. Discutem-se as razões para existência de tais grupos bem como as particularidades de cada um deles. Conclui-se que a despeito da similaridade de estrutura entre os grupos, seus objetivos distintos determinam seus diferentes resultados: o primeiro diminui a evasão do atendimento psicológico na instituição, enquanto o segundo diminui as taxas de comportamentos inadequados infantis. **Palavras-chave:** grupos de espera; clínicas-escola; evasão de atendimento e terapia comportamental infantil.

Abstract

Behavioral Play Therapy Group x Child Recreational Wait Group. This text aims to distinguish between two types of groups for children developed at the Psychological Service of the Psychology Institute (São Paulo University): play therapy and recreational groups. In both groups, children play with Psychology trainees, but in the recreational group children are also trained to change their inadequate behaviors through playing. Reasons for the existence of both groups as well as their particularities are discussed. It can be concluded that, despite a structural similarity between them, their different objectives lead to diverse results: the first group decreases the attrition rate whereas the second one diminishes the rates of children's problem behaviors.

Key words: wait groups; university psychological service; attrition rate and child behavior therapy.

Por ser a Psicologia uma disciplina relativamente nova na história da produção do conhecimento, é muito freqüente que os terapeutas se deparem com questionamentos acerca

das diferenças entre um processo terapêutico e uma simples conversa ou relação de amizade. Quando o atendimento psicológico de crianças está envolvido nesta questão, a dúvida parece

1. O termo – **ludoterapia comportamental** – utilizado de forma impressa pela primeira vez no Brasil por Gomes (1998) – é importado da Psicanálise, e para os presentes fins expressa, como também para Gomes, a inserção de atividades lúdicas nos procedimentos terapêuticos comportamentais com crianças. Os autores desejam explicitar os mais sinceros agradecimentos à autora por toda sua disponibilidade em lhes fornecer bibliografia atualizada acerca do tema em questão.

2. Questões relativas ao presente trabalho, derivado da dissertação de mestrado da primeira autora, orientada pela última, com subvenção da FAPESP (bolsa de mestrado à primeira autora) e do CNPq (bolsa de iniciação científica à segunda autora e de produtividade em pesquisa à orientadora) devem ser dirigidas à Prof.^a Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues. Bloco 17, sala 5. Cidade Universitária, São Paulo, S.P. 05508-900.

e-mail: efdmsilv@usp.br

ser ainda mais pertinente, uma vez que, hoje, todo terapeuta infantil parece “brincar” com seus clientes.

O presente trabalho tem por objetivo estabelecer algumas distinções teóricas e práticas entre dois tipos de atendimento infantil em grupo, levados a efeito na clínica-escola do IPUSP – *GRUPO DE LUDOTERAPIA COMPORTAMENTAL (GLC)* e *GRUPO DE ESPERA RECREATIVO INFANTIL (GER)* –, nos quais a brincadeira infantil sempre esteve presente. É expectativa dos autores que esta elucidação venha a fornecer elementos tanto para um aprimoramento do atendimento psicológico em clínicas-escola de Psicologia brasileiras em geral, como também para o desenvolvimento da área de Psicologia Clínica Comportamental Infantil.

Questões gerais acerca do brincar e do atendimento psicológico infantil

O atendimento psicológico infantil³, independente da linha teórica que o orienta, parece quase sempre incluir o brincar como procedimento necessário, ferramenta de intervenção valiosa ou instrumento de comunicação indispensável. Nessa mesma linha de pensamento estão as palavras de Bomtempo (1987): “Vários autores apontam para a importância do brincar como meio de fornecer à criança um ambiente planejado e enriquecido que possibilite a aprendizagem de habilidades” (p. 01).

A despeito do consenso profissional sobre a importância da atividade lúdica no trabalho com a criança, o conceito, a definição e a função do brincar variam de acordo com o refe-

rencial teórico utilizado pelo profissional, podendo significar instrumento de exploração do mundo, expressão de sentimentos ou meio de comunicação. Alguns estudiosos do assunto afirmam que definir o ato de brincar não é uma tarefa fácil, já que esta atividade permite uma infinidade de possibilidades de análises e avaliações (Lebovici, 1985; Bomtempo, 1986-1987; e Knell, 1995).

De acordo com Bomtempo (1986), o brincar começou a ser seriamente investigado por antropólogos e psicólogos somente a partir do final do século XIX.

Se a atividade lúdica for examinada segundo uma perspectiva histórica, Freud certamente deve ser identificado como o primeiro autor a reconhecer a utilidade da brincadeira num processo terapêutico, já que as brincadeiras do “Pequeno Hans”, relatadas por seu pai, permitiam o acesso a seus conflitos intrapsíquicos (Freud, 1909).

As disciplinas psicodinâmicas que derivaram das idéias freudianas têm como importante ingrediente de desenvolvimento os estudos e teorias relacionados à criança. De fato, psicólogos têm usado o brincar em atendimentos infantis com esses objetivos há mais de 70 anos.

Desde a década de 20, os trabalhos de Ana Freud, Melanie Klein e Winnicott são modelos de utilização da brincadeira como instrumento de entendimento da criança, de análise ou intervenção. Sempre de maneira não diretiva⁴, a brincadeira no contexto clínico psicanalítico, caracterizada como ludoterapia, tem sido utilizada como acesso ou expressão de conteúdos inconscientes. No contexto da psicanálise, essas brincadeiras são utilizadas para estimular o aparecimento de conflitos intrapsíquicos.

3. Trataremos o termo “atendimento psicológico infantil” como um tipo específico de relacionamento entre psicólogos e crianças com fins não necessariamente terapêuticos, o que será melhor explicitado ao longo do texto.

4. A questão de orientar ou não a criança num determinado tipo de brincadeira é um fator metodológico importante na ludoterapia e difere de acordo com a abordagem teórica do clínico que a atende.

O brincar aparece também na História da Psicologia como fonte de conhecimento da criança. Neste campo pode-se destacar Piaget que, na década de 50, iniciou a observação sistemática de crianças investigando o papel do jogo nas fases de desenvolvimento infantil.

Segundo Knell (1995), na década de 40 a questão da diretividade dos jogos começou a ser questionada, abrindo espaço para o surgimento de uma modalidade de terapia infantil que tinha como ponto inovador a utilização de brincadeiras estruturadas.

Atualmente, cada vez mais terapeutas comportamentais infantis, brasileiros e estrangeiros, têm se utilizado de comportamentos lúdicos em sessões terapêuticas como forma de trabalhar a solução de problemas ou prevenção de dificuldades futuras (p.ex., Conte e Regra, 2000; Knell, 1995; Gold-Steinberg e Logan, 1999; Gomes, 1998; Rayfield, Monaco e Eyberg, 1999; Regra, 1997; Webster-Stratton e Hammond, 1997).

A adoção de uma abordagem terapêutica infantil baseada no brinquedo parece estar diretamente relacionada a questões de desenvolvimento do repertório básico de comportamento. Ou seja, as pessoas, de acordo com determinada história de aprendizagem, vão desenvolvendo ao longo da vida um rol de habilidades sociais, de linguagem, físicas e motoras necessárias a um padrão de interação com o ambiente. A criança ainda não tem um repertório desenvolvido a ponto de se beneficiar de uma terapia puramente verbal, já que mínimas habilidades de linguagem são necessárias ao teste de hipóteses e alteração de contingências, a partir das orientações do terapeuta. Deste modo, a situação lúdica é utilizada na aplicação direta de procedimentos de manejo de contingências.

O brincar na terapia comportamental infantil

O atendimento psicológico infantil, baseado nos pressupostos da análise do comportamento, surgiu no contexto de uma intervenção direcionada à solução de problemas específicos.

Segundo Mash (1998), embora desde a Antigüidade pudessem ser encontrados exemplos de aplicação de princípios comportamentais para contornar problemas psicológicos de crianças, a utilização sistemática de procedimentos comportamentais com esta população só teve início a partir da década de 20, inspirados nos trabalhos de Watson sobre eliminação de fobias infantis.

Ainda segundo esse mesmo autor, entre as décadas de 30 e 50 houve um período de latência na Terapia Comportamental com crianças, apesar de existirem alguns relatos de trabalhos sobre medos específicos, gagueira e enurese noturna. Para o autor, somente após 1950, com os trabalhos de Wolpe e Lazarus e de outros baseados principalmente em estudos realizados em instituições destinadas a crianças com retardo mental, representando uma oposição às práticas psicodinâmicas, é que se pode considerar que houve um grande desenvolvimento da terapia comportamental infantil.

A terapia comportamental infantil, reconhecidamente em seu início, tinha o objetivo de ensinar à criança comportamentos específicos mais saudáveis, via princípios de aprendizagem e de condicionamento operante. Era também intenção inicial que o processo de aprendizagem fosse estendido à orientação de pais e professores, pois estes têm papel fundamental na instalação, desenvolvimento e manutenção do repertório comportamental da criança (Knell, 1995).

Até a década de 60, porém, pouca ênfase foi dada às questões sociais e culturais mais amplas como determinantes do comportamento infantil. Ainda sem este tipo de preocupação, surge a Modificação de Comportamento infantil, que se utilizava de conceitos de aprendizagem e achados das práticas experimentais de laboratório para alteração de comportamentos infantis tidos como problemáticos (Conte e Regra, 2000).

Levando este último aspecto em consideração, Tharp e Wetzel, em 1969, deram ênfase ao modelo triádico de atendimento no qual é incluído um mediador (os pais) no processo terapêutico.

Silveiras (1993) também discutiu a inserção de pais no atendimento comportamental de crianças. A autora afirma que "... manipulações ambientais, promotoras das mudanças comportamentais, devem ser operadas por quem disponha dos reforçadores (os mediadores)" (p. 235).

A justificativa para este tipo de trabalho é fortalecida por premissas da abordagem operante segundo as quais o comportamento é resultado da interação entre variáveis históricas e ambientais com o organismo e é mantido pelas conseqüências dessa interseção. Como os pais dispõem dos principais reforçadores para seus filhos e têm grande poder no manejo das contingências do seu meio, nada mais natural que eles tenham reconhecido valor histórico no controle do comportamento infantil (Silveiras e Marinho, 1999).

É a partir de meados da década de 60 que se inicia o assentamento de uma tradição operante na qual o comportamento da criança é analisado funcionalmente em relação à sua interação com o ambiente e não somente como uma resposta específica.

De acordo com Conte e Regra (2000), a passagem da Modificação de Comportamento para a Terapia Comportamental Infantil se deu através da inclusão de outras variáveis importantes, além do reconhecimento da influência

do comportamento dos pais na manutenção do comportamento da criança. Assim, o ambiente educacional, os eventos privados infantis e a relevância da relação terapêutica passaram a ser investigados.

Como seria esperado, foi nesse contexto que a ludoterapia comportamental despontou, embora esse nome ainda não tivesse divulgação no início dos anos 80, haja visto não ter sido mencionado entre as técnicas terapêuticas comportamentais em uma obra de referência sobre o assunto como o "*Dictionary of Behavior Therapy Techniques*" (Bellack e Hersen, 1985 e 1989).

Em decorrência, pode-se afirmar que somente depois de meados da década de 80 é que as comunicações sobre o brincar com a criança em terapia comportamental tiveram maior impacto no cenário científico, fazendo com que a referência à ludoterapia comportamental infantil, na década de 90, não causasse estranheza aos clínicos infantis da área.

Questões práticas sobre as modalidades e atendimento psicológico infantil

A apresentação de questões históricas sobre o desenvolvimento da ludoterapia e dos procedimentos comportamentais geralmente utilizados em sessões de terapia infantil levam naturalmente à reflexão acerca das semelhanças e diferenças entre duas modalidades de atendimento, iniciados em 1996 na clínica-escola do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia – USP, hoje ainda em vigor. Trata-se dos GRUPOS RECREATIVOS (GERs) e GRUPOS LUDOTERAPÊUTICOS COMPORTAMENTAIS INFANTIS ou de LUDOTERAPIA COMPORTAMENTAL (GLCs), ambos tendo projetos, como o próprio nome indica, voltados para o atendimento da população infantil e realizados em grupo.

No primeiro desses projetos – o dos Grupos de Espera Recreativos (GERs) – as crianças brincavam sem finalidades terapêuticas. Como até o momento, estes grupos foram desenvolvidos com crianças inscritas na clínica-escola e que estavam na lista de espera pelo atendimento.

No segundo projeto, as crianças foram atendidas em grupo objetivando um processo terapêutico. Embora os grupos (GLCs) aqui focalizados fossem destinados às crianças encaminhadas à clínica-escola, devido à queixa de agressividade, eles podem ter crianças com os mais diversos problemas comportamentais. Em função do trabalho terapêutico ser em grupo e ter como comportamento-alvo a queixa principal, o foco do trabalho foi a agressividade. As brincadeiras desenvolvidas com as crianças tinham o intuito de fazê-las discriminar as contingências controladoras de seu comportamento agressivo, tanto nas sessões de terapia quanto fora.

As especificidades dos GERs (grupos de espera recreativos)

À partir da descrição dos dois grupos acima, uma primeira distinção pode ser quanto aos objetivos dos trabalhos desenvolvidos. O principal objetivo dos GERs é resolver a questão da espera da criança pelo atendimento psicológico. Por seu lado, o objetivo dos grupos ludoterapêuticos comportamentais (GLCs) é, claramente, o desenvolvimento de habilidades para a alteração de contingências relativas ao comportamento agressivo.

Os GERs surgiram da necessidade de diminuir a evasão ao atendimento na clínica-escola. Os grupos de recreação foram criados para responder à questão: o que pode ser feito

para evitar a evasão ao atendimento, devido à longa fila de espera? Brincar com a criança durante o período em que ela aguarda o atendimento se apresentava como uma alternativa válida, já que a participação das crianças nos grupos recreativos sugeria que eles contribuíam para a diminuição da evasão (Fernandes e Silveiras, 1993).

Vários estudiosos atentam para os problemas causados tanto à instituição quanto à clientela, devido ao significativo índice de evasão. O índice citado por Pekarik e Wierzbicki (1993), Kazdin (1990) mostra variação, nos Estados Unidos, entre 30 e 60%, dados estes confirmados nos estudos nacionais.

A evasão ao atendimento tem sido examinada por variados enfoques e em relação a diversas variáveis, como a classe social do cliente, congruência entre o cliente e atitudes do terapeuta, percepção do cliente sobre as qualidades do terapeuta e questões práticas que interferem no atendimento (Beckham, 1992). Segundo Pekarik e Wierzbicki (1993), os motivos que levam à desistência apontam variáveis demográficas, psicológicas e das atitudes do próprio terapeuta.

No Brasil, em função destas preocupações, há propostas de novas formas de atendimento, como o trabalho de grupo de espera de Larrabure (1984). Embora este estudo tenha sido realizado com pais de crianças que aguardavam o atendimento, não se tratando assim de um grupo de espera recreativo infantil, muitos de seus objetivos são comuns aos dos GERs: “Visando nos aproximarmos de nossa clientela e oferecermos atendimento mais imediato e eficaz, foram criados em 1979 os chamados Grupos de Espera...” (Larrabure, 1984, p. 65).

Segundo esta autora, a evasão pode estar relacionada aos longos períodos de espera a que estão submetidos os clientes, seja pela falta de

profissionais, seja pelos esquemas educacionais das universidades, ou pela falta de conhecimento dos motivos do encaminhamento por parte dos clientes e descrença nos modelos institucionais. Larrabure (1984) enfatiza a necessidade de reestruturação dos serviços prestados pelas clínicas-escola. Na sua visão, os grupos de espera podem representar uma tentativa de mudança do modelo já existente, pois os modelos tradicionais de atendimento não estão respondendo a estas questões. Para ela, os grupos de espera têm como objetivos principais:

- atender a demanda, evitando longas listas;
- diminuir desistências;
- identificar desmotivados, auxiliando o diagnóstico;
- trabalhar as expectativas dos clientes;
- refletir a respeito da necessidade do atendimento;
- esclarecer o que é o serviço.

Fernandes e Silveiras (1993) realizaram no Instituto de Psicologia da USP uma pesquisa que buscou investigar a qualidade de um serviço no período pré-diagnóstico, cujos objetivos se aproximavam dos de Larrabure (1984). Esta pesquisa consistiu de atendimentos, com propósitos recreativos, de dois grupos de crianças (com 2 a 4 participantes) que passaram pelo processo de triagem e aguardavam o atendimento de psicodiagnóstico. Os grupos foram formados de acordo com critérios estabelecidos por responsáveis pela triagem e seu desenvolvimento implicou em encontros semanais com duração de uma hora, incluindo atividades de recreação e expressão, coordenados por um aluno da graduação.

Essa primeira tentativa de encontrar uma forma de contornar a questão da espera pelo

atendimento psicológico, usando a brincadeira infantil, obteve resultados bastante significativos pois os grupos recreativos foram efetivos. Neles, além do fato das crianças se mostrarem bastante motivadas a participar do trabalho, pôde-se observar que as seis crianças que passaram pelo grupo de espera recreativo foram para o atendimento em psicodiagnóstico, ou seja, não houve desistências. Em relação ao grupo-controle, duas crianças, por motivos não esclarecidos na ocasião, desistiram do atendimento. Dessa maneira, o grupo recreativo de espera parece ter permitido a criação de um vínculo entre pais, crianças e a instituição, pois houve indícios de diminuição do número de desistências. Além disso, o grupo recreativo possibilitou a coleta de material útil para atendimento e pesquisas futuras, cumprindo seus objetivos iniciais.

O trabalho de Guerrelhas (2000), desenvolvido também no IPUSP, foi realizado com um número maior de crianças à espera de atendimento psicodiagnóstico ou terapêutico; nessa medida, permitiu o teste estatístico da hipótese de que os grupos recreativos contribuíam para o vínculo da criança e da família com a instituição. Nesses grupos também, as crianças participaram de sessões de recreação durante o período de espera e os resultados desta pesquisa demonstram que o índice de evasão do Grupo Experimental (crianças que participaram da recreação) foi significativamente menor que o índice de evasão no Grupo Controle (crianças que esperavam em casa).

Possivelmente, os GERs levaram à diminuição da evasão, por oferecer um atendimento mais imediato, evitando longas listas de espera. Além disso, os autores acreditam que, pelo fato das crianças estarem praticando uma atividade altamente reforçadora, os grupos aumentaram a probabilidade de adesão ao tratamento a ser realizado após o período de espera (o que pode vir a ser testado em pesquisas futuras).

Uma outra questão relevante a ser mencionada na discussão sobre as características distintivas dos GERS é a qualificação necessária para ser líder dos grupos de recreação e dos de ludoterapia comportamental. Julga-se que habilidades diferentes (talvez complementares) são exigidas para exercer os papéis aqui discutidos: o de recreacionista e o de terapeuta.

O recreacionista deve conhecer um número suficiente de brincadeiras e atividades lúdicas e relacioná-las à faixa etária atendida, para que os grupos sejam interessantes, contribuindo para o vínculo com a instituição. Para estagiar como terapeuta é necessário que o aluno se encontre num nível avançado do curso de Psicologia, uma vez que, para realizar um trabalho terapêutico, deve ter conhecimento aprofundado das bases teóricas e das práticas relacionadas à sua abordagem, o que inclui o domínio de conceitos, técnicas e metodologia. Deve também ter passado por estágios supervisionados, nos quais professores analisam o caso atendido além da própria atuação do estudante.

Como salientamos, o recreacionista não precisa de uma habilitação muito específica, visto ser o domínio de brincadeiras não estruturadas, geralmente, do conhecimento de todos. Entretanto, uma supervisão também se faz necessária para que ele saiba manejar situações de tensão como brigas, oposições, falta de interesse etc. É preciso, também, dominar técnicas de observação, já que o trabalho poderá funcionar como fonte de dados sobre as crianças.

Sendo assim, há uma diferença no que se refere à qualificação e treino necessários para o aluno ser terapeuta ou recreacionista. Esta habilitação está diretamente relacionada à experiência acadêmica do aluno e, deste modo, um aluno num nível inicial da graduação poderá

exercer a função de recreacionista, enquanto estiver adquirindo os suportes teóricos suficientes para atuar como terapeuta. O primeiro treino poderá inclusive facilitar a aprendizagem do segundo (hipótese a ser investigada).

Um último aspecto característico dos GERS, evidente no trabalho de Guerrelhas (2000), diz respeito à boa visualização do repertório comportamental das crianças que os encontros recreativos oferecem. A análise dos dados obtidos por Guerrelhas (2000) demonstra a possibilidade de uma nova forma de avaliação diagnóstica, que pode ser confrontada com a queixa trazida pelos pais, ora sendo verificada, ora não. Uma avaliação acurada possibilita a melhora na qualidade dos atendimentos, e permite um encaminhamento mais adequado.

A boa visualização dos comportamentos se apoia na suposição de que, nos grupos recreativos, o ambiente da criança esteja, em parte, sendo reproduzido. Assim, nos encontros para brincar, as crianças tendem a se comportar como de hábito, mostrando como costumam se relacionar com seus pares.

A partir dos pressupostos da Análise do Comportamento, pode ser afirmado que o material dos GERS, aliado aos outros instrumentos de coleta de dados, possibilita o início ou uma parte da avaliação comportamental. Em outras palavras, consideramos que as informações coletadas sobre cada criança (questionários, entrevista de triagem e categorias comportamentais) permitiram a descrição e operacionalização de seu repertório comportamental, o que constitui parte importante da avaliação comportamental. A análise qualitativa dos sujeitos é mais ampla, pois permite a identificação da variação do comportamento entre diferentes ambientes.

Os GERS propiciam a visualização da interação da criança com outras crianças e com

um adulto. A observação minuciosa do comportamento é o primeiro passo para a compreensão funcional do caso que se apresenta para tratamento terapêutico e consiste na identificação de variáveis das quais o comportamento do cliente é função. A análise dos grupos permite o conhecimento dos fatores atuais que estão influenciando e mantendo os comportamentos das crianças, numa situação “quase natural”, o brincar, hábito das crianças realizado em vários ambientes como casa, escola etc. Deste modo, a situação lúdica recreativa, quando registrada, possibilita a observação e análise do comportamento e suas relações funcionais com o ambiente, podendo representar o início de uma avaliação comportamental.

Segundo Amaral (1997), um diagnóstico/avaliação comportamental é proposto como base para o planejamento de uma intervenção e já faz parte do atendimento clínico, o que indica que, na prática, não existe uma distinção entre fase de diagnóstico e fase de intervenção. Em outras palavras, numa intervenção comportamental não há o isolamento de um período específico para a avaliação, porque ela vai sendo construída ao longo do processo.

Embora verdadeiro e aceito por Amaral (1997), deve ser ressaltado o que foi percebido (nos GERS) durante a fase em que as crianças esperavam por atendimento e foram *observadas brincando*: através dos grupos de recreação, podia-se dar início ao estabelecimento de relações funcionais entre seus comportamentos infantis e o ambiente (Guerrelhas 2000). Nesse sentido, os GERS cumpriram também a função de auxiliar no processo diagnóstico comportamental. O caráter inovador deste tipo de atendimento (GERS) fez emergir uma especificidade deste grupo: a separação entre diagnóstico/terapia, nem sempre presente numa atuação clínica cotidiana.

As especificidades dos GLCs (grupos de ludoterapia comportamental)

O motivo pelo qual pais buscam atendimento psicológico para seus filhos é determinado, geralmente, por um déficit ou ausência de comportamento esperado ou por excesso de comportamento indesejável.

Os critérios utilizados por terapeutas comportamentais para julgar se um problema infantil merece atenção de um psicólogo e a conseqüente busca de procedimentos para sua mudança, são baseados principalmente na frequência, duração e intensidade do comportamento-alvo da queixa trazida pelos pais da criança. Além disso, as crianças podem chegar ao psicólogo sem uma queixa específica de comportamento-problema, mas por déficit em habilidades complexas e comportamentos inapropriados de maneira geral (Conte, 1982; Silveiras, 1995) que também supõem alteração para obter melhor adaptação social. Se tais alterações não tiverem lugar, há prejuízos para a qualidade de vida deste indivíduo e das pessoas que se relacionam com ele.

Os grupos de ludoterapia comportamental (GLCs), incorporando procedimentos comportamentais a um paradigma da ludoterapia, utilizam as atividades lúdicas na avaliação do problema infantil, identificação de variáveis relevantes no controle deste, expressão de sentimentos, autoconhecimento e aprendizagem de comportamentos alternativos de forma idêntica à almejada pela psicoterapia infantil descrita por Conte e Regra (2000). Esta, como os GLCs, em última instância busca promover alterações comportamentais infantis de modo a ajustar socialmente a criança encaminhada para atendimento psicológico.

A introdução do brincar em terapia comportamental é um tipo de intervenção que pro-

cura estabelecer contingências necessárias para a construção de repertório básico que possibilite o desenvolvimento de um padrão de vida saudável. Os jogos de fantasia (um dos tipos possíveis de atividade lúdica dos GLCs) têm se mostrado úteis na identificação de variáveis das quais um certo comportamento indesejável pode ser função. Desse modo, através de uma atividade lúdica, pode-se identificar variáveis de controle e, a partir disto, escolher os procedimentos mais apropriados para o manejo de contingências. O brinquedo, deste ponto de vista, pode ser encarado como um instrumento do processo de aprendizagem caracterizado em terapia. Além disso, o brincar é uma possibilidade de aprender maneiras alternativas de se comportar frente a determinados estímulos do ambiente, ou seja, através da brincadeira a criança pode analisar seu próprio comportamento, ficando ciente das contingências que o determinam e, a partir disto, alterar sua relação com o ambiente (Regra, 1997).

Uma característica relevante do uso da fantasia é levar a criança a encontrar outras alternativas de comportamento para os personagens e/ou para as situações em que houver semelhanças com sua vida (Conte e Regra, 2000).

O trabalho terapêutico infantil tem basicamente os mesmos objetivos de qualquer terapia comportamental e, portanto, segue as mesmas etapas: a) avaliação inicial, b) estudo do problema do cliente, c) delimitação de metas, d) escolha de técnicas e procedimentos, e) implementação, f) avaliação do processo, g) avaliação final e h) seguimento. Esta última etapa avalia se, após o processo de resolução de problemas, o cliente, inclusive a criança, obteve autonomia suficiente para manter o novo padrão de comportamento aprendido.

A principal diferença entre o atendimento de adultos e o infantil é que o psicólogo,

ao planejar o atendimento para a criança, precisa levar em conta o seu nível de desenvolvimento comportamental, determinando, assim, que procedimentos específicos, geralmente lúdicos, sejam propostos.

Knell (1995) enfatiza a necessidade de um papel ativo da criança para que ela seja a responsável principal pela mudança, através do controle do ambiente. A autora afirma que o manejo de contingências pela própria criança parece ser mais durável e eficiente mesmo quando os pais são envolvidos no tratamento. A partir deste pressuposto, são enumerados os principais pontos do atendimento comportamental infantil:

1. a criança é envolvida na ação, pela brincadeira;
2. os sentimentos, pensamentos, fantasias e ambiente da criança são focalizados;
3. os procedimentos são baseados no ensino de estratégias de enfrentamento e manejo de situações-problema;
4. a terapia é estruturada, diretiva e orientada a um alvo específico. O terapeuta auxilia a própria criança a planejar metas;
5. a intervenção incorpora procedimentos comportamentais de validade empiricamente demonstrada, como modelação, modelagem, reforçamento diferencial, extinção, entre outros;
6. o trabalho permite o exame empírico e o estudo dos efeitos do tratamento.

Sendo assim, o foco da intervenção comportamental infantil pode ser o comportamento dos pais, a interação pais e filhos ou o comportamento da criança desde que esta tenha participação ativa no tratamento.

A decisão sobre esse foco, em última instância, deve ser baseada em cuidadosa análise funcional do caso, identificando o pro-

blema em questão e qual a parcela de participação das inúmeras variáveis (o que inclui analisar todas as pessoas envolvidas e as condições de vida também). “Somente a análise funcional do caso específico pode garantir a adoção de um plano de intervenção mais adequado às especificidades da situação” (Silveiras e Marinho, 1999, p. 626).

No grupo terapêutico aqui referido, o que havia motivado a procura do atendimento era o comportamento agressivo. O objetivo central deste grupo, portanto, foi a promoção de alterações comportamentais nas crianças de modo que diminuíssem a frequência de suas agressões (verbais e físicas) e aumentassem seus padrões de interações socialmente aceitáveis. O trabalho foi dirigido ao manejo de contingências nas quais a agressividade estava envolvida. Através de brincadeiras dirigidas, histórias, desenhos e fantoches, as crianças aprendem respostas alternativas, diferentes de bater, gritar, xingar. Além disso, a própria sessão terapêutica se constitui num rico ambiente de aplicação de procedimentos comportamentais, como reforçamento de comportamentos adequados, extinção de inadequados e modelação. A criança é estimulada a manejar e alterar seu próprio comportamento, tendo um papel ativo no processo e aprendendo com a experiência (Knell, 1995).

GERs x GLCs: enfim, há diferenças?

O que primeiramente chama a atenção na busca de distinção entre GERs e GLCs é a similaridade de estrutura dos dois grupos; tanto os GERs quanto os GLCs parecem ter as mesmas características formais. Durante aproximadamente 60 minutos, uma vez por semana, por um

período determinado, as crianças vêm à clínica-escola, se reúnem com outras crianças e brincam e conversam com uma ou duas pessoas, apresentadas como psicólogas. Todos os atendimentos do grupo de pesquisa foram realizados no Laboratório de Terapia Comportamental da clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP. A sala utilizada é equipada com livros, material de desenho, casinha de boneca, brinquedos e jogos destinados a diferentes faixas etárias. Também possui câmera para filmagem e análise posterior. Deste modo, os mesmos materiais são utilizados para todos os atendimentos, embora com finalidades distintas. Mesmo sendo os GERs destituídos de qualquer caráter terapêutico, diante dos comportamentos das crianças foram também aplicados procedimentos comportamentais como reforçamento e extinção com o objetivo de favorecer um bom andamento do grupo e a resolução de situações de conflito como, por exemplo, brigas entre as crianças e oposição ao cumprimento de regras.

Embora tanto GERs quanto os GLCs utilizem o brinquedo, seus objetivos distintos parecem determinar suas diferenças.

Por algumas de suas características, a brincadeira infantil é definida por muitos autores como uma atividade social, prazerosa e destituída de objetivos e alvos específicos. Não é demais lembrar no momento o que foi afirmado por Skinner com relação ao brincar:

As regras dos jogos descrevem contingências de reforçamento inventadas. Existem (no brincar)⁵ contingências naturais segundo as quais correr mais depressa do que o outro é reforçado mas as contingências de uma maratona são planejadas. Brigar na rua tem conseqüências naturais mas brigar no ringue acarreta conseqüências planejadas adicionais (Skinner, 1989-1991, p. 62).

5. O que se encontra entre parênteses trata-se de acréscimo dos autores para melhor contextualizar o parágrafo citado.

e mais adiante:

Existe uma distinção entre brincar e jogar que vale a pena ser preservada. Os jogos são competitivos. O lance do jogador de estratégia ou de xadrez que num dado momento está falando é reforçado por qualquer sinal de que o lance serviu para fortalecer sua posição ... Diz-se que pequenos animais estão brincando quando se comportam de maneiras que não acarretam quaisquer conseqüências sérias (Skinner, 1989-1991, p. 63).

Os objetivos dos GERs se enquadram plenamente nesta última definição, diferentemente dos objetivos dos GLCs que utilizam a brincadeira para desenvolvimento de habilidades determinadas e solução de problemas específicos. Em outras palavras, podemos reafirmar que as brincadeiras realizadas nos GERs são desenvolvidas *com o objetivo de recreação* enquanto que as do grupo terapêutico são planejadas e levadas a termo com o *objetivo de alterações comportamentais*.

Os resultados obtidos por Guerrelhas (2000) refletem essa distinção. Após as sessões de recreação havia, na percepção das mães das crianças dos GERs, uma melhora na competência social destas (medida através de questionários fornecidos às mães antes e depois do atendimento). Ou seja, do ponto de vista das mães (que preencheram os questionários sobre o comportamento dos filhos), seus filhos haviam se modificado em termos de competência social.

Como pode ser explicado o fato das crianças, do ponto de vista de suas mães, terem se tornado mais competentes socialmente após a participação em grupos de recreação, mesmo sem que nenhum procedimento terapêutico houvesse neles sido aplicado?

De acordo com Bomtempo (1986) e Landreth (1991), a brincadeira tem um papel fundamental na aprendizagem, já que possibi-

lita o treino de habilidades, ensaio de papéis, exploração do ambiente e desenvolvimento do repertório e da capacidade de comunicação.

Partindo de uma perspectiva comportamental, a primeira razão da alteração do comportamento é que nos GERs novas relações estão sendo construídas, ou seja, as crianças estão em contato com novos modelos de relação nos quais novas habilidades estão sendo reforçadas e conseqüentemente aprendidas.

Conforme mencionado anteriormente, a situação lúdica por si só promove o treino de habilidades. Segundo Hops (1983), há uma enorme variedade de comportamentos operacionalizados na categoria habilidade social. Ela é baseada nos diversos comportamentos socialmente competentes. A competência social de uma criança é um termo que agrupa a qualidade geral de seu desempenho numa dada situação avaliada através do julgamento dos agentes sociais que a circundam.

A brincadeira é também um processo de aprendizagem, desenvolvendo habilidades sociais específicas que permitem ao indivíduo estabelecer e manter o contato social, habilidades de linguagem e habilidades físicas e motoras que propiciam o contato e a exploração do mundo.

Os dados complementares da mesma pesquisa (Guerrelhas, 2000) demonstram também que os GERs haviam alcançado os seus objetivos. Definidos como grupos de recreação, eles tinham a finalidade de auxiliar, através de brincadeiras, as crianças que permaneciam na espera a não desistirem do atendimento. Tais objetivos foram alcançados, isto é, as crianças que participaram dos GERs evadiram menos do que as do grupo controle (que aguardaram em casa).

Por outro lado, tal como proposto, eles foram grupos apenas de recreação; ao seu término, ainda que as mães percebessem melhoras

nas crianças participantes, em termos da sua competência social, elas não apresentavam, relativamente às crianças do grupo controle, diferenças significativas (do ponto de vista estatístico) nos padrões negativos de interação comportamental (Guerrelhas, 2000). Este é um dado empírico importante e diferente do obtido por crianças que participaram dos GLCs (Baraldi, 2000), cuja análise detalhada será objeto de publicação futura: as crianças que haviam participado dos grupos de ludoterapia comportamental mostravam melhoras em seus padrões de interação comportamental em comparação com as do grupo controle.

Em conclusão, é justo afirmar que há diferenças entre os grupos recreativos e os ludoterapêuticos de crianças, mesmo tendo eles um formato e conteúdo semelhantes. As diferenças apresentadas pelos grupos se relacionam principalmente a seus objetivos e, portanto, com os seus resultados. Os primeiros definem as diferenças de habilidades de quem coordena os grupos, a metodologia por eles utilizada, e o tipo de aplicação de procedimentos em cada grupo. Por conseguinte, o alcance dos resultados de cada grupo (no sentido de mudanças comportamentais significativas, como vistas acima) deriva logicamente dos objetivos previamente definidos para eles.

Essas diferenças entre os dois grupos (GLCs x GERs), entretanto, não devem obscurecer o principal fator positivo dos grupos de espera recreativos (GERs): eles representam uma contribuição para superar o impasse que determinadas instituições atravessam no Brasil, qual seja o de atender de forma satisfatória a clientela que as busca. Nessa medida, outros grupos similares deveriam ser implantados pelas clínicas-escola que desejassem, de alguma maneira, diminuir a alta evasão do atendimento por sua clientela – um fato nacionalmente reconhecido nessas instituições brasileiras (Silveiras, 1996).

Referências

- Amaral, V.L.A.R. (1997). Dicotomias no processo terapêutico: diagnósticos ou terapia. In: M. Delitti (org.). *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 120-124). São Paulo: ARBytes Editora.
- Baraldi, D. (2000). Grupo de atendimento a crianças com distúrbios de conduta. Projeto de pesquisa em desenvolvimento no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica – nível de mestrado, sob orientação da Dr.^a Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras.
- Beckham, E.E. (1992). Predicting Patient Dropout in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 29 (2), 177-192.
- Bellack, A.S. & Hersen, M. (1985). *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon Press.
- Bellack, A.S. & Hersen, M. (1989). *Dictionary of Behavior Therapy Techniques 4th edition*. New York: Pergamon Press.
- Bomtempo, E. (1986). *Psicologia do brincar*. São Paulo: Edusp.
- Bomtempo, E. (1987). *Aprendizagem e brincar*. São Paulo: Epu.
- Conte, F. (1982). Procedimentos e metas em Terapia Comportamental: implicações éticas. In: A.L. Neri (org.). *Modificação do comportamento infantil*. Campinas: Papyrus.
- Conte, F. & Regra, J. (2000). Psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In: E.F.M. Silveiras (org.). *Estudos de caso em Psicologia clínica comportamental infantil: fundamentos teóricos, estudos grupais e relativos a saúde* (pp. 29-40) - Vol. I. Campinas: Papyrus Editora.
- Fernandes, L.A.P. & Silveiras, E.F.M. (1993). Grupo de Espera Recreativo: uma tentativa de atendimento alternativo em clínica-escola de Psicologia. Anais do II Congresso Interno do IPUSP. *Resumos*. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (p. Q.8).

- Freud, S. (1977). *Análise de uma fobia de um menino de cinco anos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gold-Steinberg, S. & Logan, D. (1999). Integrating play therapy in the treatment of children with obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(4), 495-503.
- Gomes, L.S. (1998). Um estudo de caso de encoprese em ludoterapia comportamental. *Psicologia: ciência e profissão*, 18(3), 54-61.
- Guerrelhas, F.F. (2000). *Lista de Espera x Grupo de Espera Recreativo: uma nova experiência numa clínica-escola de Psicologia*. Dissertação de Mestrado desenvolvida sob orientação da Dr.^a Edwiges Ferreira de Mattos Silves e defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Hops, H. (1983). Children's Social Competence and Skill: current research practices and future directions. *Behavior Therapy*, 14, 3-18.
- Kazdin, A.E. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31(3), 415-425.
- Knell, S.M. (1995). *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. Ohio: Hardcover.
- Landreth, G.L. (1991). *Play therapy: the art of relationship*. Texas: Accelerates Development Inc.
- Larrabure, S.A.L. (1984). Grupos de Espera em Instituição. In: R.M. Macedo (org.). *Psicologia e Instituição: Novas Formas de Atendimento*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Lebovici, S. (1985). *Significado e função do brinquedo para a criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mash, E.J. (1998). Treatment of child and family disturbance: a behavioral system perspective. In: E.J. Mash & B.A. Barkley (Eds). *Treatment of childhood disorders - 2nd edition*. New York: Guilford Press.
- Perkarik, G. & Wierbizicki, M. (1993). A meta analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Rayfield, A.; Monaco, L. & Eyberg, S. (1999). Parent-child interaction therapy with oppositional children: a review. In: S.W. Russ & T.H. Ollendick (Eds), *Handbook of psychotherapies with children and families*. New York: Plenum Press.
- Regra, J.A.G. (1997). Fantasia: instrumento de diagnóstico e tratamento. In: M. Delitti (org.). *Sobre comportamento e cognição. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 107-114). São Paulo: ARBytes Editora.
- Silvares, E.F.M. (1993). O modelo triádico no contexto da terapia comportamental com famílias. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 11(3), 235-241.
- Silvares, E.F.M. (1995). Intervenção clínica e comportamental com crianças. In: B. Rangé (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 133-142). Campinas: Editorial Psy II.
- Silvares, E.F.M. (1996). É satisfatório o atendimento psicológico nas clínicas-escola? *Coletâneas da ANPEPP*, 1(9), 137-146.
- Silvares, E.F.M. & Marinho, M.L. (1998). Ampliando la intervencion psicológica a la familia en la terapia conductual infantil. *Psicologia Conductual*, 6(3), 617-627.
- Skinner, B.F. (1991). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papirus.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109.