

Grupo de Espera Recreativo como instrumento de avaliação diagnóstica

Recreational Waiting Group as an Instrument of Diagnostic Evaluation.

Marina Monzani da Rocha¹

Universidade de São Paulo

Paula Ferreira Braga²

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras^{3,4}

Universidade de São Paulo

Resumo

Estudos mostraram que as clínicas-escola de psicologia não atingiam seus objetivos de atendimento à comunidade. Foram propostas novas formas de atendimento, dentre elas o Grupo de Espera Recreativo - GER (grupo com crianças que, após triagem, brincam na clínica semanalmente, até serem atendidas pelos psicólogos). Objetiva-se diminuir a evasão e observar interações entre os participantes, auxiliando a avaliação-diagnóstica. Observaram-se as sessões do GER nas quais estavam presentes as crianças que foram encaminhadas para atendimento individual após o período de espera recreativa. Registrou-se a frequência de comportamentos dentro de categorias negativas pré-determinadas das crianças referidas para atendimento individual e grupal. As crianças encaminhadas para atendimento individual apresentaram uma maior frequência de comportamentos nas categorias. O GER mostrou-se útil como instrumento de avaliação-diagnóstica; possibilitando a observação comportamental antes do atendimento e a realização dos encaminhamentos adequados. Concluiu-se que o GER parece permitir alcançar um melhor atendimento à comunidade que procura os serviços da clínica-escola.

Palavras-chave: clínica-escola; avaliação diagnóstica; grupo recreativo

Abstract

Studies have shown that the support offered by psychological clinical-school centers do not fulfill the requirements of the community. New proposals have been made, including the Recreational Waiting Group RWG (group of children that, after screening, played at the clinic weekly, up to treatment beginning). The objective was to reduce the treatment evasion and to observe interactions between the participants, assisting the process of diagnostic evaluation. The sessions where the children who had been referred to individual therapy were present were those observed. The frequency of pre-determined negative behaviors was registered either for children referred to individual as to group therapy. The children who had been referred to individual attendance showed higher frequency. The RWG worked as a diagnostic evaluation instrument; it made the observation of behaviors before treatment possible and the referee process more adjusted. Conclusion was that RWG seems to allow a better attendance to the community that uses the clinical-school services.

Keywords: clinical-school; diagnostic evaluation; recreational group

¹Mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

²Mestranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

³Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

⁴Endereço para correspondências: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F, sala 30, 05508-900 - Cidade Universitária São Paulo - SP Brasil

Introdução

A caracterização da clientela que procura a clínica-escola de psicologia, que em geral traz atrelada a si uma análise dos serviços oferecidos por esta instituição e os índices e motivos para a desistência do atendimento, foram alvo de investigação no início dos anos 1980 por Ancona Lopes (1983) e na década seguinte por Silvaes (1991). Os dados obtidos por esses estudos foram bastante significativos para trazer à tona questões relativas às instituições de ensino clínico de psicologia, as quais têm sido discutidas em vários estudos. Nessas discussões, os papéis da clínica-escola é quase sempre o foco de atenção.

A clínica-escola, de acordo com Löhr e Silvaes (2006), apresenta uma tríplice demanda: a de atender as necessidades da comunidade – que vem em busca de atendimento psicológico, as solicitações dos alunos – que desejam uma formação sólida, e as da ciência, em compromisso com a produção de conhecimento.

O fato de o índice de evasão da clínica-escola ser bastante alto nos vários estudos antes mencionados indicava que, de alguma maneira, nenhuma dessas instâncias estava sendo completa.

Indo além do diagnóstico da instituição clínica-escola, Silvaes (1998) propôs a busca de novas formas de atendimento para elas como movimento para a superação do problema de caráter prático, qual seja o de atender melhor a população que chega às clínicas-escola. Uma alternativa proposta foi a inversão do fluxo do atendimento psicológico. Ao invés de o cliente ir até a clínica-escola, é esta que deveria ir até ele, por meio do atendimento psicológico prestado em bases de apoio da clínica, em locais onde está grande parte da demanda. O atendimento em grupo, dentro da clínica-escola, também surge como proposta de superação desse impasse, já que, em grupo, mais pessoas podem ser atendidas ao mesmo tempo, diminuindo assim o tempo

de espera em longas listas e o custo do atendimento.

Outra alternativa, também proposta por Silvaes, foi a dos Grupos de Espera Recreativos – GER: grupos sem caráter terapêutico, realizados com crianças que, após sua inscrição e triagem pelos serviços da clínica-escola, lá brincam semanalmente, ao invés de esperar o atendimento psicológico em listas de espera. Rocha e Silvaes (2006), num levantamento histórico sobre os grupos recreativos, apontaram como principais objetivos do Grupo de Espera Recreativo (GER): desenvolver atividades lúdicas, altamente reforçadoras para as crianças, para que elas se familiarizem com o ambiente, aumentando a probabilidade de aderirem ao tratamento que será realizado posteriormente, bem como fornecer um atendimento imediato, evitando uma espera em longas listas, conseguindo assim alcançar um dos objetivos centrais da clínica-escola, qual seja, atender as demandas da comunidade.

Os Grupos de Espera Recreativos fornecem uma boa visibilidade do repertório comportamental das crianças que dele participam. Esta afirmação é apoiada na suposição de que nos grupos recreativos, o ambiente natural de interação da criança esteja, em parte, sendo reproduzido. Assim, nos encontros de recreação, as crianças tendem a se comportar de forma habitual, pondo em evidência seus padrões de relacionamento com seus pares e com adultos. Em outras palavras, a observação da interação entre os membros do grupo que pode enriquecer, confirmar ou até contradizer a queixa relatada pelos pais na entrevista de triagem e respostas aos questionários, ou seja, o Grupo de Espera Recreativo pode funcionar como um novo instrumento de avaliação diagnóstica.

Guerrelhas e Silvaes (2000) trabalharam com Grupos de Espera Recreativos dentro desse enfoque. O estudo das autoras envolveu 24 crianças, com queixas diversas, 14 participando do Grupo de Espera

Recreativo (GER), e 10 crianças como controle (GEC). O tempo médio de espera pelo atendimento para os dois grupos foi muito próximo, no entanto, o índice de desistência para iniciar o tratamento foi de 50% para o grupo controle e apenas 7% para o Grupo de Espera Recreativo, o que parece nos mostrar ter sido alcançado o objetivo de criação de vínculo com a clínica, diminuindo a evasão.

Guerrelhas (2000), entretanto, não tratou apenas da questão da evasão na clínica-escola, mas também enfatizou o aspecto de avaliação diagnóstica dos grupos recreativos. Para tanto, o trabalho por ela desenvolvido (Guerrelhas, 2000) fez uso de categorias comportamentais criadas a partir da observação direta de registros em vídeo do comportamento das crianças participantes do grupo de espera. No processo de avaliação, o registro de categorias comportamentais é relevante, pois permite que se possa fazer uma análise posterior ao atendimento. Vale observar ainda que este tipo de medição objetiva e rigorosa tem o intuito de estabelecer em que circunstâncias o comportamento foi alterado, e quais as variáveis que exercem controle sobre ele, como preconiza o modelo de atendimento adotado ao longo do desenvolvimento do presente estudo.

Em seu trabalho, Guerrelhas (2000) elaborou categorias comportamentais que englobavam os comportamentos emitidos por crianças inseridas num grupo particular, aquele com o qual ela trabalhou. A autora afirma, entretanto, que essas categorias não devem ser utilizadas como padrão permanente, mas devem servir de exemplo de um processo:

Uma questão relevante relacionada ao procedimento (reunir comportamentos em categorias) é que todo o processo (e não o conteúdo) pode ser utilizado para a análise de sujeitos de outros grupos, ou seja, comportamentos específicos daquele grupo poderão ser categorizados para que a partir

disso, seus membros sejam avaliados individualmente. (Guerrelhas, 2000, p. 71).

De acordo com Fernandez-Ballesteros (1997), a psicologia, de um modo geral, define avaliação diagnóstica como exploração, análise e mensuração de eventos psicológicos sobre sujeitos humanos. Para a autora, a avaliação comportamental especificamente consiste na:

identificação das condutas objeto de estudo, tanto motoras como fisiológicas e cognitivas, assim como as variáveis ambientais e pessoais que as mantêm e controlam, com o objetivo de realizar um tratamento ou qualquer outro tipo de intervenção comportamental e sua avaliação. (Fernandez-Ballesteros, 1997, p.53).

Silvares (2000), ao se referir ao tema da avaliação diagnóstica comportamental, evidencia seu caráter de continuidade ao longo do processo terapêutico. Nas próprias palavras da autora:

A avaliação não é feita apenas antes da intervenção, mas durante toda a intervenção e mesmo após o seu término, quando se deseja saber se os efeitos do tratamento ainda perduram, após este haver terminado. Ela é contínua e inteiramente mesclada com o processo terapêutico, pois será ela que indicará em que medida este está ou não sendo efetivo (Silvares, 2000, p.17).

No processo de avaliação psicológica, é muito importante ter diversas fontes de informações. Quando se trabalha com crianças, as o envolvimento dos pais no processo de avaliação, a visão que eles têm sobre o comportamento dos filhos, é muitas vezes crucial para se definir a intervenção comportamental a ser realizada (Achenbach & Rescorla, 2001). O "Child Behavior Checklist" ou "Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes" (CBCL - Achenbach, 1991) é um instrumento de avaliação psicológica desenvolvido nos Estados Unidos para

obter a percepção dos pais sobre a competência social e os problemas de comportamentos de seus filhos de 4 a 18 anos. Esse questionário faz parte do sistema de avaliação muito usado e pesquisado, com mais de 5000 publicações relatando pesquisas em 50 países (Bérube & Achenbach, 2004 - APUD Achenbach & Rescorla, 2004). O uso do CBCL no processo de avaliação parece bastante pertinente, visto que procedimentos de avaliação padronizados são importantes no sentido de possibilitar a comparação dos resultados, tanto do indivíduo com ele mesmo em diferentes momentos, quanto com outros indivíduos, ou, até mesmo, fazer comparações entre diferentes estudos (Achenbach & Rescorla, 2004).

A situação enfrentada pelas clínicas-escola, com relação à demanda excessiva de clientes, se reproduz no Projeto Enurese, contexto no qual o presente estudo está inserido. O trabalho desenvolvido no Projeto busca suprir a tríplex demanda da clínica-escola, e faz uso de todos os meios para aproximar as atividades de avaliação, pesquisa científica e atendimento clínico (Silveiras & Pereira, 2006). O trabalho é realizado ao longo do continuum de pesquisa e tratamento, tendo em vista, também, a formação de alunos.

A presente investigação focaliza dois Grupos de Espera Recreativos desenvolvidos na clínica-escola do IP-USP ao longo do ano de 2003. Participaram desses grupos, 7 crianças, com idade entre 6 e 7 anos, que buscaram atendimento no Projeto Enurese, todas elas portadoras da queixa Enurese Noturna. Segundo o DSM-IV, é considerada enurética a pessoa, como mais de 5 anos, que molha a cama pelo menos 2 vezes por semana há, no mínimo, 3 meses (American Psychiatric Association, 1994).

Nesse projeto, as crianças são, na sua grande maioria, encaminhadas para

atendimento psicológico em grupo (Grupo de Ludoterapia Infantil). O atendimento psicológico individual é um recurso utilizado somente quando se identifica, no participante, algum problema de ordem comportamental além da enurese noturna.

O presente trabalho tem como objetivo principal mostrar o que foi alcançado nos grupos recreativos desenvolvidos, focalizando seu papel complementar na avaliação diagnóstica. Tem, ainda, o objetivo secundário de verificar em que medida o encaminhamento de dois participantes dos grupos pôde ser validado por meio da observação de categorias específicas de comportamentos.

Método

Participantes

Selecionaram-se, para o presente estudo, as duas crianças encaminhadas para o atendimento individual após a participação no Grupo de Espera Recreativo (GER). Para cada uma destas crianças, foi escolhida uma outra, integrante do mesmo GER, que serviu como parâmetro de comparação da frequência de comportamentos indesejáveis observados. Esta criança foi escolhida com base na semelhança dos índices obtidos por meio do CBCL (Achenbach, 1991) (obtenção de escores clínicos na maioria das escalas) e na observação direta do comportamento durante as sessões dos respectivos grupos (as frequências nas categorias eram o mais parecidas possível).

Dessa maneira, formaram-se dois pares de crianças, todas do sexo masculino: as crianças 1 e 2, de 6 e 7 anos, respectivamente, que participaram do GER tarde, e as crianças 3 e 4, irmãos gêmeos com 6 anos de idade, que fizeram parte do GER manhã.

Procedimento

Na entrevista inicial realizada com todos aqueles que desejam participar do Projeto Enurese (entrevista de triagem), um dos questionários aplicados é o CBCL. O questionário, na primeira parte, avalia as habilidades sociais e, na segunda parte, diversos comportamentos da criança e do adolescente. A primeira parte gera a escala de Competência Social (CS). Nessa escala, de acordo com padrões americanos, é considerada clínica a criança ou adolescente que obtiver um escore T menor ou igual a 40. Os problemas de comportamento são divididos em três escalas: Distúrbio Internalizante (DI), Externalizante (DE) e Total (DT). Nessas escalas, a criança ou adolescente é considerada clínica se atingir escores T maiores ou iguais a 60 (Achenbach, 1991).

Duas estudantes de psicologia realizaram os GERs no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Cada grupo teve oito sessões com uma hora de duração por sessão⁵. Após a termino do grupo, houve necessidade de encaminhar duas crianças, uma de cada GER, para atendimento individual, já que, durante as sessões, foram observados comportamentos inadequados para o ambiente e julgou-se que era necessário um outro tipo de trabalho e não aquele tipicamente realizado no Projeto Enurese.

Uma vez que ambas as crianças encaminhadas para o atendimento individual obtiveram escores T clínicos nas escalas dos CBCLs respondidos pelos pais, sobretudo na escala Distúrbio Externalizante, foram escolhidas para

observação e comparação crianças parâmetro que também obtiveram, na medida do possível, escores T dentro desta mesma faixa.

Observaram-se somente os registros em vídeo das sessões nas quais estava presente o par de crianças escolhido: criança 1 e criança 2, do GER tarde (duas sessões de aproximadamente uma hora) e criança 3 e criança 4, do GER manhã (seis sessões de aproximadamente uma hora). A diferença no número de sessões observadas em cada um dos grupos deve-se ao fato de uma das crianças do grupo GER tarde ter iniciado sua participação depois do início do grupo.

As categorias comportamentais explícitas na Tabela 1 foram elaboradas a partir da observação direta das sessões. As estagiárias de psicologia anotaram as ocorrências de comportamentos não condizentes com o ambiente clínico, tais como: correr, gritar, usar palavras obscenas, etc; bem como os conflitantes com as regras elaboradas para a convivência no grupo recreativo, como, por exemplo, não respeitar o colega e não seguir as regras do jogo. A partir dessas anotações, criaram a lista de comportamentos negativos, que supostamente não deveriam acontecer nas sessões em grupo de Ludoterapia Infantil, já que possivelmente diminuiriam o rendimento do trabalho em grupo. Foram criadas 4 grandes categorias: Não Participação na Brincadeira, Não Seguimento de Regras, Evidência de Erotização Precoce e Comportamentos Agressivos. Dentro dessas categorias, estão os comportamentos observados, num total de 23.

⁵ O leitor interessado em mais detalhes sobre o trabalho com grupos recreativos deve reportar-se à Rocha e Silveiras (2006).

Tabela 1 - Categorias comportamentais utilizadas para observação das sessões.

1 - Não Participação na Brincadeira	Corpo voltado para lugar diferente daquele no qual se desenvolve a atividade	1
	Verbalizações impertinentes	2
	Sem interação com os participantes do grupo	3
	Sem interação com os monitores	4
	Não realização da atividade proposta	5
2 - Não Seguimento de Regras	Chamar a monitora de "tia"	6
	Falar alto, gritar	7
	Sair da sala de atendimento sem autorização	8
	Não esperar sua vez	9
	Uso indevido de brinquedos trazidos de casa	10
	Trapacear no jogo	11
3 - Evidência de Erotização Precoce	Agir em desacordo com a instrução dada	12
	Cantar músicas obscenas	13
	Gestos erotizados	14
	Comentários de conteúdo erótico	15
	Toque invasivo	16
4-Comportamentos agressivos	Imitar pessoas do sexo oposto	17
	Chutar, bater, beliscar, etc.	18
	Gritar com o outro	19
	Atirar objetos	20
	Disputar objeto na posse de outra criança	21
	Insultar / ofender	22
	Amolar	23

Os vídeos foram observados por duas juízas independentes, que assistiram em tempo integral às sessões e marcavam os comportamentos por ocorrência numa tabela. Os dados obtidos pelas juízas foram cruzados ao final do processo, alcançando um índice de correlação igual a 0,98. A partir desse resultado, utilizaram-se apenas as médias entre o número de comportamentos observados dentro de cada categoria por ambas observadoras para a realização da análise.

Os resultados foram analisados com auxílio do programa estatístico SPSS 12.0 (Statistic Package for Social Science).

Resultados

Análise dos dados do CBCL

O CBCL é um instrumento que mostra a visão dos pais sobre os comportamentos da criança. Justamente, eles devem comparar os comportamentos dos filhos com os de outras crianças da mesma faixa etária, identificando-os como abaixo ou acima da média. A Tabela 2 nos mostra os escores obtidos pelos participantes em cada uma das escalas do instrumento (Distúrbio Internalizante-DI, Distúrbio Externalizante-DE, Distúrbio Total-DT e Competência Social-CS).

Tabela 2 - Índices obtidos pelos pares de crianças no CBCL e classificação de acordo com a percepção de seus pais em Clínica (C) e Não Clínica.

Criança	Respondente	DI	DE	DT	CS
1	Mãe	61-C	64-C	65-C	-
	Pai	59	71-C	68-C	-
2 - atendimento individual	Mãe	73-C	68-C	71-C	29-C
	Pai	71-C	75-C	74-C	30-C
3	Mãe	69-C	78-C	77-C	25-C
	Pai	59	55	60-C	43
4 - atendimento individual	Mãe	77-C	76-C	80-C	21-C
	Pai	59	74-C	72-C	40-C

Observação: As faixas em destaque sinalizam as crianças encaminhadas para atendimento individual e não grupal.

Podemos perceber que todos os participantes apresentam escores T clínicos na maioria das escalas avaliadas. Essa pontuação, geralmente, é sugerida por ambos os pais. No entanto,

comparando dentro dos pares, percebemos que as crianças encaminhadas para atendimento individual, apresentam índices mais altos

que aquelas para as quais não houve necessidade de um encaminhamento especial. Ou seja, os índices obtidos pela criança 2 são maiores que os da criança 1, e os índices obtidos pela criança 4 são maiores que os da criança 3. Destaca-se a baixa competência social da criança 2, sugerida tanto pelo pai, quanto pela mãe, e o escore T 80 em Distúrbio Total da criança 4, o único que chega a essa faixa. Os escores de CBCL

se mostraram bastante preditores dos comportamentos que viriam a ser emitidos durante a sessão.

Análise dos Comportamentos Observados

A Figura 1 mostra-nos a frequência média por sessão de comportamentos das crianças 1 e 2, divididos nas quatro grandes categorias.

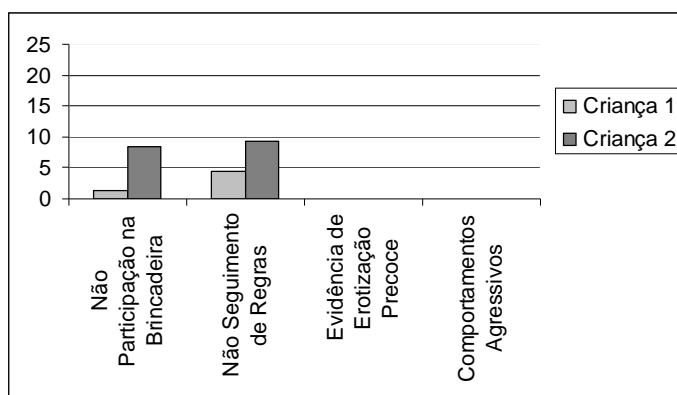


Figura 1 - Frequência de média de comportamentos do par de crianças 1 e 2, por sessão, dentro das 4 grandes categorias.

Nota-se que as crianças 1 e 2 não apresentaram comportamentos que pudessem ser encaixados nas categorias “Evidência de Erotização Precoce” e “Comportamentos Agressivos”. Nas outras categorias, a média de comportamentos emitidos pela criança 2 (M = 4,4375, DP = 5,13312), encaminhada para atendimento individual, é muito superior à média da criança 1 (M = 1,4375, DP = 2,125), que pôde

seguir normalmente para o Grupo de Ludoterapia Infantil. Essa diferença não é estatisticamente significativa ($t(6) = -1,080, p = 0,332$), no entanto, isso provavelmente se deve ao fato de que, em duas categorias, as crianças emitem a mesma frequência de comportamentos: zero.

A Figura 2 apresenta a frequência média de comportamentos, por sessão, do par de crianças 3 e 4.

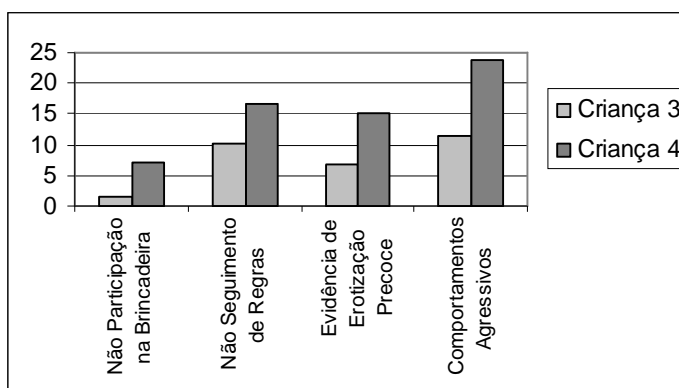


Figura 2 - Frequência média de comportamentos do par de crianças 3 e 4, por sessão, dentro das 4 grandes categorias

No par de crianças 3 e 4, foram observados comportamentos em todas as grandes categorias negativas. A criança 4 ($M = 15,6875$, $DP = 6,85643$), que foi encaminhada para atendimento individual, apresentou, invariavelmente, uma maior frequência de comportamentos nas categorias, quando comparamos com a criança 3 ($M = 7,475$, $DP = 4,33465$). A análise estatística realizada apontou a tendência de diferença entre a frequência de comportamentos das crianças nas categorias ($t(6) = -2,025$, $p = 0,089$). Deve-se destacar a média de 24 comportamentos agressivo por sessão apresentada pela criança 4, que equivale a aproximadamente 1 comportamento agressivo a cada 2 minutos. Quando comparamos as Figuras 1 e 2, percebemos que a média de comportamentos emitidos para a primeira categoria (Não Participação na Brincadeira) é semelhante para os dois pares de crianças.

Nas outras categorias, o par de crianças 3 e 4 apresenta médias muito mais elevadas. Não podemos esquecer que as crianças 1 e 2 participaram de um Grupo de Espera Recreativo distinto do que participaram as crianças 3 e 4. Sendo o ambiente diferente, não é adequado comparar a frequência de comportamentos emitidos pelos 2 pares. Como o número de sessões observadas nas quais estavam presentes o par de crianças é diferente para os dois GERs, não podemos trabalhar com os dados absolutos. Para as crianças 1 e 2, foram observadas apenas duas sessões. Já do par de crianças 3 e 4, seis sessões foram observadas. Assim, foi calculada a média por sessão de cada participante nas categorias comportamentais. Na Figura 3, podemos observar a frequência média por sessão de comportamentos emitidos, pelas crianças 1 e 2, em cada categoria de comportamento observada.

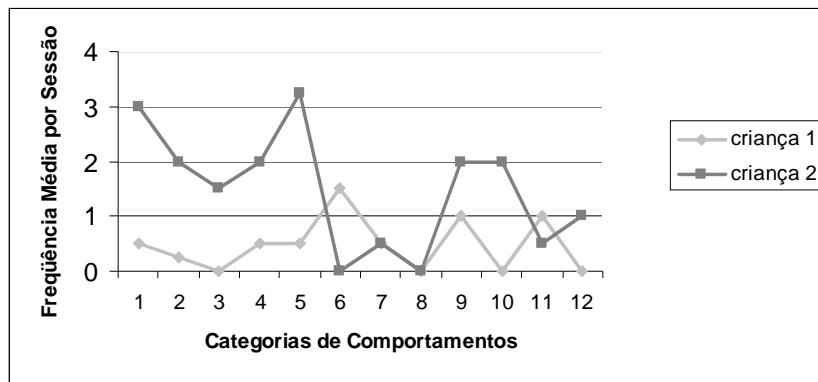


Figura 3 - Frequência média de comportamentos emitidos em todas as categorias pelas crianças 1 e 2 durante as sessões observadas.

Nota-se que a frequência observada de comportamentos da criança 2 ($M = 0,7717$, $DP = 1,07902$) é, na maioria das categorias comportamentais, superior à da criança 1 ($M = 0,25$, $DP = 0,41969$). Essa diferença é estatisticamente significativa ($t(44) = -2,161$, $p = 0,036$). Deve-se destacar que os comportamentos mais observados na criança 2 foram: Corpo voltado para lugar diferente daquele no qual se desenvolve a atividade; Não

realização da atividade proposta; Uso indevido de brinquedos trazidos de casa e Não esperar sua vez. Em apenas duas categorias comportamentais, a frequência da criança 1 supera a criança 2; são elas: Chamar a monitora de “tia” e Trapacear no jogo. Parece importante mencionar que foi constatado que o participante costuma chamar também sua professora de “tia”, bem como todos os adultos com quem

estabelece contato direto, de acordo com a orientação da mãe.

A Figura 4, abaixo, mostra a frequência média de ocorrência de comportamentos nas sessões observadas das crianças 3 e 4.

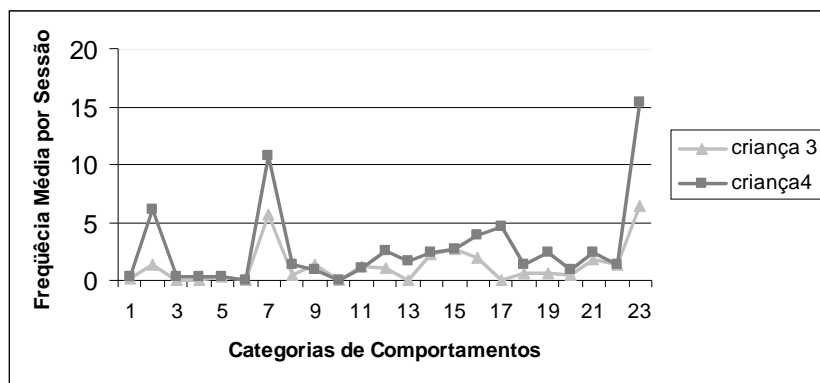


Figura 4 - Frequência média de comportamentos emitidos em todas as categorias pelas crianças 3 e 4 durante as sessões observadas.

As duas crianças apresentam uma alta frequência de comportamentos nas mesmas categorias. No entanto, apesar da semelhança das curvas, a frequência de comportamentos negativos da criança 4 ($M = 2,7283$, $DP = 3,67734$) é maior que a da criança 3 ($M = 1,3007$, $DP = 1,69907$) que, em nenhuma categoria comportamental, supera seu par ($t(44) = -1,690$, $p = 0,098$). As categorias: Verbalizações impertinentes; Falar alto, gritar; Imitar pessoas do sexo oposto e Amolar merecem destaque pelo grande número de ocorrências.

Discussão

Os escores de CBCL se mostraram bastante preditores dos comportamentos emitidos durante as sessões. Analisando os dados de CBCL dos encaminhados para atendimento individual, percebemos, neles, indícios de mais problemas de comportamento que nos dos outros participantes do Grupo de Espera Recreativo. Esses dados por si só são indicativos de que aquela criança apresentava outros problemas, não apenas a enurese noturna, e por isso, deveriam receber um atendimento individual, possibilitando intervenção psicoterápica

sobre outros alvos comportamentais. Houts (2003), trabalhando com enurese noturna, restringiu o atendimento aos casos de crianças que não possuem problemas de comportamentos, principalmente no que se refere a problemas na escala Distúrbio Externalizante do CBCL, visto que o tratamento para enurese noturna exige um bom nível de seguimento de regras.

Os objetivos estabelecidos por Silvaes (2000) para toda e qualquer avaliação diagnóstica, foram alcançados com o Grupo de Espera Recreativo: foi possível identificar uma série de comportamentos problemáticos dos clientes, inclusive alguns não referidos pelos pais ao longo das primeiras entrevistas. Foram, além disso, estabelecidas hipóteses sobre as condições mantenedoras de tais comportamentos. A preocupação com a eficácia da intervenção, baseada na observação direta dos comportamentos, parece ser a demonstração cabal de que uma avaliação diagnóstica pôde ser desenvolvida a partir do material derivado da realização dos GERs.

Além disso, o GER alcançou também a outra demanda: a do aluno de um curso de psicologia. Uma vez que a preocupação do

Projeto Enurese, bem como a de todos os trabalhos realizados no contexto de clínicas-escola (Löhr & Silveiras, 2006), deve ser a formação de alunos, parece importante colocar que a habilidade terapêutica de observar comportamentos, elaborando diagnósticos clínicos, é treinada precocemente durante a realização dos Grupos de Espera Recreativos. A colocação de uma criança que precisa de atendimento individual, em um grupo, poderia vir a prejudicar o seu andamento. A boa elaboração de um diagnóstico antes do encaminhamento permite que um melhor serviço para a comunidade que busca a clínica seja oferecido. Assim, o trabalho realizado parece estar de acordo com a tripla demanda da clínica-escola.

A observação comportamental minuciosa realizada depois da conclusão dos Grupos de Espera Recreativos, a partir das gravações em vídeo das sessões, validou o encaminhamento para atendimento individual das duas crianças participantes. A frequência de comportamentos, dentro das categorias elaboradas, foi muito superior naquelas para as quais houve necessidade de encaminhamento, quando comparadas com as que seguiram normalmente para o Grupo de Ludoterapia Infantil, como acontece, via de regra, no Projeto Enurese.

Deve ainda ser lembrado que o processo de elaboração de categorias específicas para o grupo analisado sugerido por Guerrelhas (2000) parece ter contribuído bastante para a avaliação comparativa entre os participantes. Nota-se que os pares de crianças apresentam padrões comportamentais bastante distintos. As duas primeiras crianças apresentam seus comportamentos inadequados concentrados nas duas primeiras categorias (Não participação na brincadeira, Não seguimento de regras). O segundo par de crianças apresenta comportamentos mais equitativamente distribuídos, ainda que mais frequentes nas demais categorias (Evidências de erotização

precoce, Comportamentos agressivos). Vale lembrar que, apesar dos GERs terem a mesma proposta, o mesmo formato e as atividades realizadas serem semelhantes, cada um dos pares de crianças integrou um GER distinto, de modo que o ambiente onde os comportamentos foram emitidos não era o mesmo.

Observou-se uma inquestionável semelhança no padrão comportamental das crianças 3 e 4. Isto porque, trata-se de irmãos gêmeos, criados no mesmo ambiente. Contudo, a frequência com que os comportamentos se apresentaram em um dos gêmeos foi maior, o que resultou no seu encaminhamento para atendimento individual.

Além dos comportamentos observados, a relevância deles também foi analisada. As questões relacionadas à grande categoria "Evidências de erotização precoce" apareceram de uma maneira que levou a acreditar que mereciam uma maior atenção, que não poderia ser dada no atendimento em grupo para enurese. Dessa forma, um encaminhamento diferente do inicial previsto para a criança 4 pareceu ser a melhor solução para o seu caso.

Conclusão

O Grupo de Espera Recreativo mostrou-se novamente útil como instrumento de avaliação diagnóstica; por meio dele, puderam-se observar os comportamentos das crianças antes do início do atendimento, para que os encaminhamentos necessários fossem efetivados, garantindo a prestação de um melhor serviço à comunidade que procura a clínica-escola.

O reduzido número de participantes, bem como a diferença de contexto na realização dos atendimentos, são fatores limitantes da extensão dos resultados obtidos. Sugere-se a realização de novos estudos para que se consiga maior clareza sobre a dimensão diagnóstica dos Grupos de Espera Recreativos.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4th ed.)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: APA. Batista, D. (trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ancona-Lopez, M. (1983). Característica da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 35, 78-92.
- Fernandez-Ballesteros, R. (1997). *Evaluación conductual hoy: Um enfoque para el cambio em psicologia clínica y de la salud*. Madri, Espanha: Pirámide.
- Guerrelhas, F. F. (2000) *Lista de espera x grupos de espera recreativos: Uma experiência numa clínica-escola de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Guerrelhas, F. F. & Silvaes, E. F. M. (2000). Grupos de espera recreativos: Proposta para diminuir o índice de evasão em clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, 8(3), 313-321.
- Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In: E. Kazdin & J. R. Weisz (orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, 388-406. New York: Guilford Press.
- Löhr, S. S. & Silvaes, E. F. M. (2006). Clínica-escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: E. F. M. Silvaes (org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, pp. 11-22. Campinas: Alínea.
- Rocha, M. M., & Silvaes, E. F. M. (2006). Algumas Novas Formas alternativas de atendimento psicológico em clínicas-escolas: Grupos Recreativos. In: E. F. M. Silvaes (org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, pp. 91-107. Campinas: Alínea.
- Silvaes, E. F. M. (1991). *Caracterização comportamental e sócio-econômica da clientela infantil de uma clínica-escola de psicologia de São Paulo*. I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Silvaes, E. F. M. (1998). *Clínicas-escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de livre docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Silvaes, E. F. M. (2000). *Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil*. In: E. F. M. Silvaes (org.): *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*, v. 1. Campinas: Papirus.
- Silvaes, E. F. M. & Pereira, R. F. (2006). O papel do supervisor de pesquisas com psicoterapia em clínica-escola. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2, 67-74 .

Recebido em: 20/11/2005

Primeira decisão editorial em: 26/11/2006

Versão final em: 10/01/2007

Aceito para publicação em: 12/4/2007