

PSICOTERAPIA COMPORTAMENTAL INFANTIL: OS PERIGOS DO DIAGNÓSTICO IMPRECISO E DA MEDICALIZAÇÃO

Airine Marcelli Silva¹

Florêncio Mariano da Costa Junior²

1 -Discente no curso de Psicologia, Centro de Ciências Humanas; Universidade do Sagrado Coração - USC, Bauru-SP - airine.marcelli@gmail.com

2 - Docente e Supervisor de estágio - Psicologia, Centro de Ciências Humanas; Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru-SP;
mcostajunior@gmail.com

RESUMO

É cada vez mais comum o uso de medicalização na infância, muitas vezes baseado em sinais e sintomas não investigados coerentemente, levando a um diagnóstico impreciso. O uso de medicamentos pode ser eficaz em alguns casos, quando se percebe a necessidade do mesmo. Entretanto, percebe-se que encaixar a criança dentro de algum transtorno é mais eficiente para a sociedade e para as pessoas em torno da criança do que para ela mesma. O presente trabalho descreve o estudo de caso clínico de uma criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH, aplicado por uma terapeuta estagiária em formação, de acordo com o modelo da Terapia Comportamental Infantil (TCI), tendo como foco a criação e aprimoramento de um repertório comportamental para o enfrentamento da queixa. A criança atendida não apresenta sinal algum do diagnóstico, hipotetiza-se, entretanto, que a criança apresente um quadro de dislexia. Objetiva-se então, expor a necessidade de um diagnóstico preciso, bem como os malefícios e benefícios da medicalização.

Palavras Chave: psicoterapia infantil; terapia comportamental; medicalização;

ABSTRAT

It is increasingly common to use medicalization of childhood , often based on signs and symptoms do not consistently investigated , leading to an inaccurate diagnosis. The use of drugs may be effective in some cases, when one perceives the need thereof . However , it is perceived that fit the child in some disorder is more efficient for society and for people around the child than for herself. This paper describes a case study of a child diagnosed with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder - ADHD , applied by a therapist intern in training , according to the model of Child Behavior Therapy (TCI) , focusing on the creation and improvement of a behavioral repertoire to face the complaint. The child answered does not demonstrate any sign of diagnosis , if

hypothesized , however, that the child has one manifestation of dyslexia . The objective is to then expose the need for an accurate diagnosis , as well as the harms and benefits of medicalization.

Keywords: child psychotherapy; behavioral therapy; medicalization;

INTRODUÇÃO

Estudos apontam que ao longo de meio século, o terreno social entre saúde e doença sofreu alterações. Conrad (2007) postula que nos últimos cinquenta anos o impacto da medicina e de conceitos médicos se expandiu sobremaneira. O mesmo autor argumenta apontando que o número do PIB (produto interno bruto), nos Estados Unidos, gastos em cuidados da saúde aumentou de 4,5% em 1950 para 16% em 2006, além disso, o número de médicos cresceu de 148 por 100.000 habitantes em 1970 para 281 por 100.000 habitantes em 2003.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, os números de Estabelecimentos de Saúde cresceram de 13.133 em 1976 para 77.004 em 2005, enquanto o número de Pessoal de Nível Superior Ocupado em Estabelecimentos de Saúde, com jornada de trabalho integral totalizava 244.667 no ano de 2005. Esse número hoje, provavelmente está bem maior, tendo em vista a evolução social somada à implantação do Programa Mais Médicos.

Além da questão histórica e aumento populacional, a expansão do campo da medicina se deu em função de uma mudança no contexto histórico. Conrad (1992) *apud* Uhr (2012) considera que:

A medicalização não constitui um empreendimento exclusivamente médico, mas um processo sócio-cultural, que pode ser resultado da expansão intencional da profissão médica ou não envolvê-la. Chama a atenção para a dimensão interativa da medicalização pela interferência de atores diversos como organizações leigas, associações de pacientes, indústria farmacêutica. Os dois primeiros grupos podem atuar decididamente no sentido do reconhecimento de seu problema como uma patologia, em geral com o fito de obter cobertura previdenciária e assistencial. Já o lobby da indústria farmacêutica visa ampliar o espectro de patologias e usuários para aumentar as vendas. (UHR, 2012)

O mesmo autor compreende a medicalização como o “processo pelo qual problemas não-médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e transtornos” (Conrad, 1992 *apud* Uhr, 2012).

A medicalização pode ocorrer tanto em casos de desvios de comportamento quanto de processos naturais da vida. Alguns exemplos de processos naturais da vida medicalizados incluem sexualidade, nascimento, desenvolvimento infantil, tensão pré-menstrual (TPM), menopausa, envelhecimento e o processo de morrer. Já dentre os desvios podemos citar loucura, alcoolismo, homossexualidade, hiperatividade e dificuldades de aprendizagem, problemas alimentares (obesidade e anorexia), abuso infantil, jogo compulsivo, infertilidade e transexualidade, dentre outros (CONRAD, 1992 *apud* BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013).

“A postulação hegemônica de que ‘o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte’ (Illich, 1975 *apud* Uhr, 2012) forçaria os indivíduos a buscar incessantemente a instituição médica e a prestação profissional de serviços, num movimento que reduziria sua capacidade de fazer frente ao meio e transformá-lo. (Uhr, 2012)”.

Sendo assim, percebe-se a questão da medicalização como solução para qualquer tipo de dor ou como tratamento para o que foge do padrão imposto pela sociedade. Quanto a isso, concorda-se com Conrad e Schneider (1992) *apud* BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013, que dizem:

“Os desvios consistem em categorias de julgamentos sociais negativos que são construídos e aplicados socialmente, geralmente de alguns grupos de uma comunidade para outros. O desvio é um fenômeno universal, e a noção de que toda sociedade tem normas sociais já pressupõe a existência do desvio. Grupos sociais criam regras e impõem suas definições para os outros membros por meio do julgamento e da aprovação social; por isso, o desvio é contextual, e a definição e a aprovação do desvio envolvem relações de poder. A medicalização dos desvios é possível por meio da flexibilização dos limites do que é considerado normal e do que não é. A era moderna da classificação diagnóstica em saúde mental se originou nos asilos, porém hoje os manuais diagnósticos não estão restritos a esses espaços. Suas categorias parecem englobar não somente uma pequena minoria da população, mas quase todos nós.” (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013)

MEDICALIZAÇÃO NA INFÂNCIA

Assim como a sociedade se modificou a partir dessa expansão da medicina, da biologização da vida e da medicalização, o olhar voltado para a infância, bem como a maneira pela qual ela é entendida e vivida também passou por mudanças.

As mudanças modernas que permitiram a constituição de um *sentimento da infância*, [...] constituíram tanto um olhar para a particularidade da criança e do tempo da infância, como também para o futuro que determinariam. O novo *sentimento da infância* se combinou à configuração de um novo adulto nas modernas idealizações das nações em construção. Este adulto que iria fazer parte do conjunto da população saudável, letrada e produtiva, passou a ser perseguido desde suas primeiras experiências de vida, encontrando nestas seu bom destino ou a desgraça de seu futuro. (GUARIDO & VITOLINI, 2010)

Seguindo o pensamento de que a medicalização acontece como solução para os desvios, e que se espera que a criança se torne um adulto letrado e produtivo, nota-se que a medicalização na infância acontece em sua maioria como consequência de desvios no ambiente escolar.

“É possível observar que grande parte dos desvios ocorridos nessa época da vida são notados na escola e descobertos a partir do momento em que a criança desenvolve algum problema de aprendizagem. Como exemplo, podemos pensar na alfabetização: se uma criança não aprende a ler com determinada idade, ou então se tem dificuldade em prestar atenção na sala de aula, isso pode ser considerado um desvio, e a criança pode, atualmente, ser encaminhada a um profissional da saúde para averiguar seu quadro. Os desvios da infância, dessa forma, são aqueles relacionados com a quebra de normas e de regras impostas socialmente, como, por exemplo, a falta de atenção e a agitação em sala de aula”. (BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013)

“É comum que professores e coordenadores professem diagnósticos diante da observação de certos comportamentos das crianças, especialmente de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), e as encaminhem para avaliação psiquiátrica, neurológica e/ou psiquiátrica” (Guarido, 2013). Além disso, percebe-se um despreparo dos profissionais da área de pedagogia quanto ao lidar com o inesperado, com o desconhecido. Não são raras as vezes em que, os pais de crianças já diagnosticadas e medicalizadas, são chamados diante de comportamentos da criança que fogem do padrão, e se veem obrigados a responderem a pergunta “Seu filho tomou a medicação correta hoje?”.

No âmbito da escolarização, os remédios aparecem como um recurso a mais para que o processo de aprendizagem das crianças possa ocorrer, pois o diagnóstico do transtorno já está validado. No entanto, a soma aqui não se verifica; do nosso ponto de vista seria importante ressaltar seus efeitos de subtração: de responsabilidade, de profundidade reflexiva, da dimensão simbólica das experiências humanas. Quando os remédios assumem a posição de serem instrumento para que o aprendizado ocorra, estamos novamente diante de uma perspectiva técnica, que reduz a potência do encontro humano como formativo, abrindo espaço, no campo da educação, para que esta seja reduzida a uma técnica de estimulação das habilidades e competências. (GUARIDO, 2008)

Um dos diagnósticos mais comuns hoje entre crianças é o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. A descrição de tal transtorno dentro do CID-10 se localiza dentro dos Transtornos Hipercinéticos – F90. De acordo com a definição de tal transtorno, o início do mesmo é precoce, e envolve a “falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva”.

Considerando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Rose (2007) *apud* Guarido (2013) afirma que o crescimento de prescrições dos psicoestimulantes envolvidos no tratamento do TDAH (metilfenidato – Ritalina – e anfetamina/dextroanfetamina – Adderall) na década de 1990 – 2000, também nos Estados Unidos, chegou a quase 800%, passando de 225 milhões de doses mínimas para algo em torno de 1800 milhões de doses ao final da década (GUARIDO, 2008).

No Brasil, o medicamento Adderall não é comercializado, e apesar de não se dispor de uma pesquisa que aponte dados específicos, sabe-se que o medicamento Ritalina é comercializado aqui em grande escala. Acontece que o diagnóstico de TDAH e a conseqüentemente a medicalização, trouxeram respostas a inquietações que tangem à questão de déficits e excessos comportamentais em ambiente escolar, como inquietação por exemplo. Além disso, ao diagnosticar uma criança com um transtorno, como o acima citado, transfere-se toda a culpa da dificuldade de aprendizagem para o próprio transtorno, excluindo possíveis causas como o método de ensino, ou uma possível dificuldade do professor em transmitir conhecimento.

Não se pode esquecer ainda da modificação que o diagnóstico causa no ambiente e, portanto, no comportamento da criança classificada. Ian Hacking (2006) *apud* Brzozowski & Caponi (2013) afirma que os indivíduos classificados interagem com sua classificação, e tanto indivíduo quanto classificação podem se modificar em razão dessa interação.

Tal processo pode ocorrer em casos de diagnósticos de doenças mentais em crianças. Mesmo que a criança seja muito pequena para compreender o sentido de seu diagnóstico, ela sente as mudanças que ocorrem na escola e na família, e pode também sofrer efeito de arco. E esse efeito pode ser positivo, fazendo com que essa criança passe a justificar suas atitudes em razão da classificação (Brzozowski & Caponi, 2013).

Outro fator interessante a se pensar é o fato de que se acredita que quando casos assim acontecem, a única alternativa é a medicalização. Como já dito antes, os professores encaminham os alunos diretamente para uma intervenção médica, ou os próprios pais procuram esse tipo de intervenção.

O medicamento é o tratamento mais recomendado pelos especialistas em casos de TDAH infantil. As descobertas farmacêuticas, principalmente os medicamentos, promovidas por uma indústria altamente rentável e poderosa frequentemente se tornam o tratamento de escolha para comportamentos desviantes, isso porque eles são facilmente administrados sobre o controle profissional médico e potente em seus efeitos, além de serem geralmente menos caros do que outros tratamentos e controles médicos (como, por exemplo, psicoterapia e atendimento individualizado na escola) (CONRAD & SCHNEIDER, 1992 *apud* BRZOZOWSKI e CAPONI, 2013)

Além disso, “a medicalização dos processos de aprendizagem pode representar uma ajuda em sala de aula, pois resulta em crianças mais calmas e concentradas” (Brzozowski e Caponi, 2013). Há que se pensar também que, o custo de uma medicação é menor do que o de um tratamento psicoterápico ou psicopedagógico. Também que o medicamento traz resultados imediatos.

Nesse sentido, a argumentação se dá através da comparação dos efeitos a longo prazo da medicalização entre os efeitos de um tratamento psicoterápico/psicopedagógico. O problema é que o meio social acaba não reforça o comportamento

da leitura de bulas, e, como consequência disso, os pais acabam oferecendo a medicação aos filhos, sem ao menos se preocuparem com possíveis efeitos colaterais.

Tendo em vista que “A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem que centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo seu objetivo o de ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias” (Caballo, 2013), pode-se afirmar que um processo psicoterápico com tal abordagem seria uma possível solução ao problema da medicalização.

Ressalta-se que em alguns casos específicos é importante que a medicação e a psicoterapia andem juntas. Para tanto, é importante que seja realizado um trabalho multidisciplinar e/ou interdisciplinar coerente.

OBJETIVOS

O presente trabalho objetiva, portanto, exemplificar a importância de um diagnóstico preciso, para a proposta de um tratamento eficiente que evite possíveis efeitos colaterais adversos, através do relato de um caso clínico.

Será descrito, então, o caso de uma criança com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade - TDAH, aplicado por uma terapeuta estagiária em formação, de acordo com o modelo da Terapia Comportamental Infantil (TCI), tendo como foco a criação e aprimoramento de um repertório comportamental para o enfrentamento da queixa. A criança em questão não apresentou sinal algum do diagnóstico durante as sessões. Hipotetiza-se, entretanto, que a criança apresente um quadro de dislexia.

METODOLOGIA

No estágio em questão o formato utilizado foi o de atendimento individual. O cliente era um menino de doze anos de idade que apresentava como queixa: Diagnóstico de TDAH, agitação, escrita e fala incorretas, troca de letras e mentira. O cliente utilizava os medicamentos Ritalina e Longacetil.

Vale dizer que o cliente já havia sido atendido nessa mesma clínica, então o trabalho realizado foi uma continuação do iniciado por outro estagiário, o qual apontava como hipótese diagnóstica dislexia.

Foram realizados oito atendimentos, os quais serão descritos a seguir:

1º atendimento:

Em um artigo publicado na Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, foram sistematizadas informações disponíveis na literatura sobre organização e condução do processo psicoterapêutico de crianças, segundo os pressupostos da Análise do Comportamento. Ao falar sobre a entrevista inicial, as autoras apontam que:

Os passos iniciais do processo terapêutico infantil, para Conte e Regra (2000), incluem a entrevista inicial com os pais ou família, o estabelecimento do contrato com os pais e a criança e a entrevista inicial com a criança. Segundo Souza e Baptista (2001), o terapeuta deve, logo na primeira sessão, apresentar-se à criança, explicar sobre sua profissão, buscar entender qual a representação que ela tem da terapia, deixar claro quem a contratou e qual a queixa apresentada pelos pais ou responsáveis. Deve ainda esclarecer sobre o sigilo profissional, expondo seus direitos quanto às informações advindas das sessões com os pais, as quais serão fornecidas pelo terapeuta imediatamente após tais encontros. (MOURA & VENTURELLI, 2004)

Nesse pensamento, buscou-se realizar o contato terapêutico com o responsável e a criança, e coletar informações a respeito das queixas, variáveis e história de vida do paciente, bem como a sequência dos passos acima citados.

2º e 3º atendimentos:

O segundo atendimento teve como objetivo reforçar o comportamento de estudar, proporcionando momentos em que o cliente perceba o estudo como algo prazeroso e não como um estímulo aversivo.

Tendo em vista que podemos “aprender” novos comportamentos, processo esse que se chama modelagem, e que o ambiente exerce influencia sobre os nossos comportamentos bem como nossos comportamentos influenciam o meio, é válido dizer que no caso do cliente em questão era importante que ele aprendesse a importância e a necessidade do estudo. Para tanto, como já dito anteriormente, era necessário que o estudo se tornasse um momento prazeroso para ele, para que esse comportamento fosse reforçado, e como consequência aumentasse a frequência de sua ocorrência.

Se se aceitar que o reforço acontece então logicamente segue-se que devemos ter consciência dos acontecimentos que estamos reforçando e devemos usá-los em benefício das crianças. A incapacidade para

reconhecer o poder dos reforçadores que naturalmente acontecem e a incapacidade para usar os reforçadores corretamente pode resultar em experiências educativas precoces que promovem a dependência, as dificuldades de aprendizagem, os comportamentos anti-sociais e outros resultados negativos para as crianças. Talvez o mais importante para justificar o reforço seja de que este funciona para modelar o comportamento das crianças uma vez que as crianças agem no ambiente, o ambiente reage e algumas das suas ações são reforçadas. Este reforço é proveniente do ambiente físico dos seus pares, dos efeitos do seu comportamento e dos adultos. [...] Os acontecimentos que são reforçadores podem mudar com o uso e com a passagem do tempo. Podem também ter efeitos diferentes de uma criança para outra portanto os educadores/professores devem saber o que funciona como reforçador para cada criança. Os adultos podem deixar que as crianças tenham os seus brinquedos preferidos ou participem nas suas atividades preferidas a seguir a um determinado comportamento. Outra tática é pedir às famílias que forneçam informações acerca do que a criança gosta e faz com frequência; ainda outra tática é observar a criança e perceber o que faz, com que brinquedos e materiais brinca quando tem oportunidade de escolher. As atividades que as crianças escolhem com frequência podem ser usadas como reforçadores, assim como as coisas que as crianças frequentemente pedem ou tentam obter. (MARTINS, 1997)

Portanto, além do objetivo de reforçar o comportamento, essa atividade buscou também identificar os reforçadores para o cliente. Foi proposto para o cliente então a Construção de um jogo de tabuleiro. A atividade se baseou no Desenho do Tabuleiro; Formulação das Regras; Confeção das Cartas de Comando;.

O cliente decidiu que o jogo seria sobre o Scooby-Doo. O objetivo seria levar o Scooby-Doo para o Biscoito Scooby. Para isso o jogador teria que passar pelas casas, que seriam coloridas (cada uma de uma de cor). Cada casa representaria uma função a ser seguida. O jogador lançaria um dado, e andaria pelas casas conforme o número que saísse. Quando parasse em uma casa teria que cumprir o que a casa propusesse.

4º e 5º atendimentos:

Levando em conta que o cliente fazia uso dos medicamentos para TDAH (Ritalina e Longacetil), e que estes medicamentos poderiam ter efeitos prejudiciais à saúde física e mental do mesmo, o objetivo da sessão era orientar a mãe sobre esses riscos, e ao mesmo tempo investigar se ela tinha conhecimento sobre os efeitos secundários dos remédios.

Justifica-se a orientação aos pais, uma vez que a hipótese diagnóstica é dislexia (entendida como transtorno de aprendizagem e não como uma doença), a qual necessita do apoio por parte da família e da escola.

A dislexia não é considerada uma doença e sim um transtorno de aprendizagem com uma série de características. Tem base neurológica e biológica, seus sintomas podem ser identificados desde a pré-escola. [...] O papel dos pais e da escola é fundamental, não somente na detecção dos sintomas, como também no acompanhamento da aprendizagem, pois as crianças disléxicas aprendem de maneira diferenciada. Podem acompanhar o ensino convencional se tiverem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para contornar suas dificuldades específicas. [...] As repercussões psicológicas da dislexia são várias e geralmente são conseqüências aos problemas do fracasso escolar tais como: sentimentos de insegurança e baixa autoestima, inferioridade diante dos colegas, rejeição à escola/professores e tarefas escolares, apatia e desinteresse, podendo muitas vezes evoluir para casos de depressão e ansiedade (LAGGER, 2009)

A partir disso, a sessão teve como foco também trabalhar a questão da autoestima e da insegurança referentes ao fracasso escolar. Através de um autorretrato as características positivas de M.G. seriam reforçadas, e seria apontado ao mesmo a possibilidade de que sua dificuldade seja algo que provavelmente o acompanhe durante sua vida, e a necessidade de se pensar em estratégias para enfrentamento de tal dificuldade.

Foi proposto então que o cliente fizesse um autorretrato. Após a confecção do desenho o cliente foi orientado a escrever algumas características pessoais, sendo que quando ele considerasse que era algo positivo usaria uma canetinha azul para fazer uma seta, quando considerasse que a característica era negativa ele usaria a canetinha vermelha, e quando ele considerasse que era algo que não era nem positivo nem negativo usaria a canetinha laranja.

Dando continuidade a essa atividade, na sessão seguinte foi pedido ao cliente para que escrever ou desenhar algumas coisas que ele gostaria de mudar nele mesmo. Em seguida o cliente foi questionado sobre a importância da melhora nas áreas citadas sendo sugerido que o mesmo escrevesse os motivos apontados. Num terceiro momento, o cliente foi levado a pensar e escrever possíveis estratégias para chegar ao resultado esperado.

6º e 7º atendimentos:

Notou-se a necessidade de uma orientação aos pais no que diz respeito às contingências ambientais familiares mantenedoras dos comportamentos disfuncionais do cliente. É válido lembrar também que num processo psicoterápico utilizando a abordagem cognitivo-comportamental, a participação dos pais assume um papel de importância.

Faz sentido trabalhar com os pais, objetivando-se alterar os comportamentos de seus filhos, quando se acredita que o comportamento infantil - anormal ou não - é resultado da interseção do organismo infantil com variáveis históricas e ambientais relativas à criança (premissa primeira da abordagem comportamental), sendo as contingências ambiental-familiares o que o mantém (premissa segunda). Faz mais sentido ainda, quando se crê serem eles (os pais) principalmente, por estarem a maior parte do tempo com as crianças e serem seus responsáveis, os que têm mais condições de alterar as contingências controladoras desses comportamentos, por disporem, quase sempre, dos reforçadores envolvidos com as referidas contingências (premissa terceira da abordagem). Como os terapeutas comportamentais, geralmente, têm aceitado as premissas anteriores, não é de se estranhar que, ao tentarem auxiliar uma criança comportamental ou emocionalmente desajustada, tais profissionais busquem a alteração dessas contingências, atuando diretamente sobre a família. (SILVARES, 2014)

Tendo em vista que os comportamentos da mãe dentro das sessões com o cliente poderiam prejudicar o andamento da terapia, uma vez que a mesma assumia uma postura punitiva, foi decidido, juntamente com o cliente, que a estagiária conversaria somente com a mãe na em uma primeira sessão, e na sessão seguinte o assunto seria discutido com a mãe e com o cliente.

Além disso, foi notado que o cliente havia atingido um estado de autonomia, sendo capaz de identificar suas dificuldades, alternativas para seus problemas e **coloca-as** em prática. Foi dado, então, o início para o processo de alta, através da discussão do assunto com o cliente e com a mãe, sendo esclarecido para os dois a necessidade de um encaminhamento para um trabalho psicopedagógico.

É muito importante preparar a criança para o encerramento. A autora afirma que assim como ajudamos as crianças a adquirir o máximo possível de independência e autonomia, também devemos ajudá-las a lidar com os sentimentos envolvidos no desligamento da terapia e da relação frequente com o terapeuta. [...] Quando o terapeuta começa a pensar em terminar a terapia, a primeira tarefa é ter claras as razões,

pois cada criança pode reagir de uma maneira diferente. Geralmente, é apropriado levantar o problema da terminação quando você acredita que a criança alcançou seus objetivos terapêuticos ou não há mais possibilidades de avanço ou interesse por parte do cliente em buscar mudanças comportamentais. (MOURA; VENTURELLI, 2004)

8º atendimento:

O objetivo do último atendimento foi clarificar ao cliente e a mãe os avanços obtidos com o processo psicoterápico, através do feedback. Foi esclarecido também sobre a necessidade e importância do encaminhamento realizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após os três primeiros contatos com o cliente, somados à leitura dos relatórios dos atendimentos anteriores realizado por outro estagiário e à orientação do professor orientador a hipótese diagnóstica de dislexia foi mantida, descartando a possibilidade de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), tendo em vista que o cliente não apresenta nenhum sinal ou sintoma desse transtorno.

As intervenções tiveram como intenção promover a autonomia do cliente em relação à necessidade do estudo e também no manejo de estratégias para o enfrentamento de possíveis problemas futuros.

As repercussões psicológicas da dislexia são várias e geralmente são consequências aos problemas do fracasso escolar tais como: sentimentos de insegurança e baixa autoestima, inferioridade diante dos colegas, rejeição à escola/professores e tarefas escolares, apatia e desinteresse, podendo muitas vezes evoluir para casos de depressão e ansiedade. (LAGGER, 2009)

As orientações aos pais buscaram promover a reflexão da influência que os seus comportamentos exercem sobre o comportamento do cliente.

O papel dos pais e da escola é fundamental, não somente na detecção dos sintomas, como também no acompanhamento da aprendizagem, pois as crianças disléxicas aprendem de maneira diferenciada. Podem acompanhar o ensino convencional se tiverem o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para contornar suas dificuldades específicas. (LAGGER, 2009)

Além objetivou-se promover a reflexão sobre o uso de medicamentos e seus possíveis efeitos secundários. Foi percebido que a mãe não possuía conhecimento algum sobre os efeitos dos medicamentos receitados, e, muito menos, de seus efeitos colaterais. Quando questionada sobre a necessidade dos medicamentos a mãe respondeu que a Ritalina é importante para que ele “fique quieto” e o Longacetil é para que o cliente “pare de inventar histórias”.

É preocupante pensar que o cliente faz uso da Ritalina e do Longacetil por aproximadamente dois anos. De acordo com o relato da mãe e do cliente o uso não é contínuo, uma vez que o cliente, em algumas situações, engana a mãe e não ingere os medicamentos. A partir disso, percebe-se, com ainda mais certeza, que o diagnóstico de TDAH não se encaixa nesse quadro.

Durante as atividades o cliente foi capaz de focar sua atenção, e permanecia interessado em terminar o que era proposto. Eram passadas tarefas de casa, nas quais era solicitado que o cliente lesse algum livro e depois contasse a história ou a reescrevesse, e o mesmo conseguia executá-las. Durante as sessões o paciente permanecia sentado e não emitia nenhum comportamento que demonstrasse inquietação ou vontade de estar em outro lugar.

A hipótese de dislexia se manteve baseada no fato de que o cliente possui dificuldade em diferenciar s/z; n/m; s/ss/ç; x/ch; e por isso sua escrita é disotográfica (presença de erros ortográficos). Além disso, sua escrita também é disgráfica (caligrafia irregular), e sua fala também. O cliente apresenta essa dificuldade não somente na escrita, mas em leituras e na própria fala. Ele apresenta então disortografia (presença de erros ortográficos), disgrafia (caligrafia irregular). Tal hipótese é justificada tendo em vista que:

A principal característica dos indivíduos disléxicos é que apresentam inteligência média à superior. No entanto, há uma falha no processo de aquisição de linguagem, tornando-a silábica, hesitante, sem ritmo, com erros de antecipações. Frequentemente inventam palavras e não possuem qualquer prazer pela leitura e pela escrita, na qual confunde letras e palavras com o mesmo som (F-V, CH-J, P-T) ou nível do grafismo (b-d, d-p, d-q) e inversão parcial ou total de sílabas ou palavras (ai-ia, per-pre). (LAGGER, 2009)

A partir disso, optou-se por um encaminhamento psicopedagógico na própria clínica-escola onde o cliente era atendido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber então, que estamos inseridos numa cultura que preza por respostas biológicas a qualquer tipo de dor ou de acontecimentos que fogem do padrão. Isso em função de um certo desconhecimento das causas e efeitos da medicalização por parte da sociedade, que, em função disso, oferece à medicina um papel de destaque, como se essa fosse uma área detentora de todo o saber e pronta a oferecer soluções para as demandas que emergem das dores.

Prova disso é a inserção da medicalização em questões do âmbito escolar, bem como postulam os seguintes autores:

A Medicina vem sendo vista, e por que não dizer utilizada, como escoadouro de alguns problemas crônicos, principalmente comportamentais, que aparecem predominantemente na escola. Pela aparente resolutividade, a psiquiatria, as neurociências e a farmacologia vêm ganhando força e legitimação social para se responsabilizar por esses problemas, e a resposta do sistema de saúde a essa demanda é um indicativo dessa prática generalizada: diagnosticar transtornos mentais em crianças com desvios de comportamentos, tais como transtorno bipolar, depressão e TDAH (CRUZ, 2010 *apud* CRUZ & CARDOSO JÚNIOR, 2011).

Diante disso e diante do caso aqui apresentado fica evidente a importância de um diagnóstico preciso e de um cuidado no momento da prescrição de medicamentos. O papel da psicologia na intervenção de problemas desse tipo é o de orientar (psicoeducação) os indivíduos sobre os possíveis efeitos secundários de medicações. Para tanto, é preciso que o profissional tenha conhecimento das psicopatologias, para afirmar com certeza e segurança uma hipótese diagnóstica diferente daquela já imposta. Não cabe a nós pedir para que o cliente deixe a medicação imediatamente, uma vez que uma ação desse tipo pode levar a efeitos destrutivos. O ideal é que exista uma intervenção interdisciplinar sobre os clientes, para que assim a probabilidade de erros e problemas futuros seja minimizada.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100016 &lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2014.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.

Conrad, P. (2007). **The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The John Hopkins University Press.

CRUZ, Murilo Galvão Amancio; CARDOSO JUNIOR, Hélio Rebello. **A medicalização da educação como efeito histórico de uma sociedade mista de disciplina e controle**. 2011. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http://seminario.medicalizacao.org.br/trabalhos_completos.pdf&ei=_V-AVOatCcOHNsOEhLgO&usg=AFQjCNEviM9YZK0qXLDyyvek1pgYO1EmGQ&si>

g2=MvqjZUDRuedYec18jwvhTQ&bvm=bv.80642063,d.eXY>. Acesso em: 20 nov. 2014.

GUARIDO, Renata Lauretti. **O que não tem remédio, remediado está.** 2008. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-16062008-140514/publico/DissertacaoRenataGuarido.pdf&ei=3VuAVN6-N4OogwS0qYOwCw&usg=AFQjCNEFE-F_qLWVjuo10qc7OiUjKV5eXw&sig2=9NV8140NGcoW4voNAGD70g&bvm=bv.80642063,d.eXY>. Acesso em: 20 nov. 2014.

GUARIDO, Renata; VOLTOLINI, Rinaldo. **O que não tem remédio, remediado está?** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000100014>. Acesso em: 20 nov. 2014.

IBGE. **Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação:** Brasil - 1976/2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/tabela01.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

IBGE. **Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, por jornada de trabalho e vínculo com o estabelecimento, segundo a ocupação:** Brasil - 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/tabela10.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

LAGGER, K. C. F.; **Dislexia e Terapia Comportamental Cognitiva:** Uma Proposta de Tratamento. Campinas - SP, 2009. 108 p. Disponível em: <http://www.estresse.com.br/wp-content/uploads/2013/03/dislexia_e_tcc_uma_proposta_de_tratamento.pdf>. Acesso em 15/05/2014

MARTINS, R.; **O Reforço como Estratégia Educativa**. Disponível em: <<http://www.minerva.uevora.pt/publicar/nees/reforco.htm>>. Acesso em 15 de abril de 2014

MOURA, C. B.; BORTHOLAZZI, M.; **Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, Londrina – PR, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452004000100003&script=sci_arttext>. Acesso em 10 de abril de 2014

SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. **Porque Trabalhar Com a Família Quando se Promove Terapia Comportamental de Uma Criança**. 2014. Disponível em: <<http://dc453.4shared.com/doc/wr2C7F8Z/preview.html>>. Acesso em: 06 jun. 2014

UHR, Deborah. **A Medicalização e a Redução Biológica no Discurso Psiquiátrico**. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3730/2612>>. Acesso em: 20 nov. 2014.