

MEDICALIZAÇÃO E PSICOTERAPIA: A RELAÇÃO ENTRE O USO DE PSICOFÁRMACOS E O PROCESSO DE PSICOTERAPIA NA ADOLESCÊNCIA

MEDICALIZATION AND PSYCHOTHERAPY: THE RELATIONSHIP BETWEEN THE USE OF PSYCHOPHARMACS AND THE PSYCHOTHERAPY PROCESS DURING ADOLESCENCE

MEDICALIZACIÓN Y PSICOTERAPIA: LA RELACIÓN ENTRE EL USO DE PSICOFÁRMACOS Y EL PROCESO DE PSICOTERAPIA EN LA ADOLESCENCIA

*Jerto Cardoso Silva**

*Giovani Piano***

*Letícia Beatriz Hunsche****

Resumo: O presente artigo visa analisar a relação entre o uso de psicofármacos e o processo de psicoterapia na adolescência. Para tanto, realizou-se uma investigação nos prontuários de um serviço-escola entre anos de 1988 e 2010 no Vale do Rio Pardo-RS. Analisamos 321 prontuários de adolescentes de 12 até 18 anos, atendidos em psicoterapia. Posteriormente, transportamos os dados para o programa SPSS Statistics 17.0 e utilizamos análise de frequência e cruzamentos de tabelas. Obtivemos, como dados significativos, que há um processo crescente de medicalização dos adolescentes atendidos. Os meninos apresentaram maior índice de medicalização. O motivo pelo qual os adolescentes procuraram atendimento psicoterápico é, na sua maioria, devido a conflitos na adolescência, sendo que a ansiedade e a agressividade estão entre as principais queixas, seguidas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e depressão.

Palavras chave: Adolescência, medicalização, psicoterapia.

Abstract: This article aims to analyze the relationship between the use of psychopharmacs and the psychotherapy process during adolescence. To this end, we conducted an investigation into school dossier services from 1988 to 2010, in Vale do Rio Pardo-RS. We analyzed 321 dossiers of adolescents aged 12 to 18, who were assisted by psychotherapy services. Later, we transported these data to the 17.0 Statistics Program and we utilized frequency analysis and cross checking tables. Positive data obtained by us point to a soaring medicalization process in all adolescents who were assisted. The boys presented a higher rate of medicalization. The reason why adolescents seek psychotherapeutic assistance is, in most cases, due to adolescence conflicts, while anxiety and aggressiveness are among the main complaints, followed by attention deficit disorder, hyperactivity and depression.

Keywords: Adolescence, medicalization, psychotherapy.

Introdução

Este trabalho propõe uma reflexão a cerca de três temas centrais: adolescência, medicalização e psicoterapia. Através desta discussão pretendemos compreender melhor alguns conceitos teóricos e também repensar a nossa prática clínica, como profissionais em prol da saúde, com adolescentes.

Uma vez compreendido que nenhuma teoria ou prática é perfeita ou acabada, que todas podem e devem ser repensadas, problematizadas e ampliadas em busca de resultados mais eficazes, é que entendemos a importância do trabalho interdisciplinar em saúde. Ainda mais se tratando de um objeto de estudo que requer um pensamento e práxis complexa: o ser humano, com todos os seus aspectos, suas contradições e suas especificidades nesse período denominado adolescência.

A partir da prática profissional num serviço-escola no Vale do Rio Pardo-RS, nossa proposta é pesquisar a relação entre medicalização dos sofrimentos manifestados por adolescentes e/ou seus pais e os seus processos de psicoterapia. Observamos, ao longo de nossa prática, que muitos desses jovens estão, simultaneamente, em tratamento psicológico e medicamentoso e notamos que esta combinação tem se manifestado de forma mais prevalente nos tratamentos de adolescentes realizados pelo serviço nos últimos anos.

Percebemos que, muitas vezes, há um aumento da prescrição de medicação, visto que, na maioria dos casos, os adolescentes chegam ao serviço já medicados e com a recomendação da associação dessa à psicoterapia. Essa prática não era habitual no serviço nos últimos anos. Talvez a crença de obter um resultado mais significativo e rápido diante de comportamentos tidos como transgressivos ou anormais para os padrões culturais de nossa sociedade atual ou até mesmo para um determinado modelo familiar, façam com que muitos procurem primeiramente o tratamento medicamentoso.

Considerando que, em muitos destes casos, alguns pacientes adolescentes com as mesmas psicopatologias se beneficiam apenas com o tratamento psicoterápico, pensamos que este seja um tema importante a ser pensado pelos profissionais da área da saúde, em especial da Psicologia, a fim de ampliar a reflexão da clínica com seus jovens pacientes.

Segundo Câmara e Cruz (2011), a adolescência não é somente um período intenso de trabalho emocional, pois frequentemente nessa fase, tem-se a cura espontânea de influências (psico)patogênicas infantis, propiciando ao sujeito, ao longo desse momento e via seus conflitos, a oportunidade de modificar ou retirar exigências infantis que ameaçavam seu desenvolvimento. Nesta fase, pode-se observar características individuais como: inquietude física, menor capacidade de concentração, crescente ambivalência entre os objetos amorosos, tiques, rituais, mania de colecionar, regresso a crenças anteriores acerca de sexo apesar da informação sexual adquirida, regressão a fases libidinais anteriores, avaliação pré-genital do sexo oposto, evitação de contato físico com os pais etc. E também estão presentes algumas características grupais: conflito entre a legalidade dos pais e a do grupo adolescente; desafios a norma de linguagem e as regras paternas, desleixos na higiene e saúde; gosto por riscos; evitação dos pais ou substitutos como professores; lealdade aos pares; busca de segurança em grupos; ver o sexo oposto como troféu e não em termos de relações

interpessoais; evitar a ajuda de adultos; baixo prestígio da comunicação verbal com adultos, etc.

Nesse sentido, atitudes e comportamentos, quando não relativizados a essa etapa, entendida como as relações do sujeito com o mundo, resguardando as agutizações dos mesmos nos corpos dos sujeitos, podem ser diagnosticados como anormais ou patológicos.

Ao medicalizar a vida, tomando esses elementos numa perspectiva individualista ou reduzida a características biológicas referentes à puberdade, sem pensá-los também na sua complexidade construída socialmente (BECKER, 1986), pode conter a possibilidade desse sujeito de se transformar e se potencializar. Nominar esse momento de vida como adolescência é tentar delimitar esse período da existência e caracterizá-lo, sabendo que esse sujeito que se constitui vai se defrontando e se construindo com todos os elementos que estão disponíveis num determinado momento histórico, psicossocial e biológico. As construções simbólicas possíveis desses e outros fatores colocam o adolescente e o seu entorno em um movimento chamado *adolescere*. Ao medicar esse momento, sem ampliar o olhar para as suas dimensões psicossociais, pode contribuir para um outro movimento chamado *adoecer*.

A clínica interdisciplinar na adolescência

Atualmente, questionamo-nos sobre qual a contribuição das ciências que possam fornecer um atendimento mais plural e de qualidade no tratamento de adolescentes que estejam passando por sofrimento psíquico, em especial nas abordagens psiquiátrica, psicofarmacológica e psicoterapêutica. A interdisciplinaridade impulsiona formas mais efetivas no processo de tratamento, no entanto ainda almeja um bom prognóstico do quadro clínico e/ou sintomático a partir das diferenças de cada abordagem. Embora ainda seja inevitável relacionar medicina à psiquiatria e/ou à farmacologia e palavra à psicanálise e à psicoterapia para a qual, sabemos, é instrumento primordial de trabalho (CALDERONI, 2002). Essas abordagens ora se complementam ora se distanciam.

A partir da expansão dos psicofármacos, vários ramos da psiquiatria reduziram a psicoterapia a uma técnica para eliminar os sintomas ou a tomaram como complementar ao tratamento medicamentoso. Sendo assim, com a supervalorização do uso de medicamentos, seja por sua eficácia ou pela exploração de mercado pela indústria farmacêutica ou médica-tecnológica, amplia-se seu foco de atuação, passando a ser utilizada desde situações mais brandas e conflituais da adolescência até estados sintomáticos mais graves. Porém, seja qual for o diagnóstico, em muitos casos, problemas que podem ser da ordem social e são apresentados pelos adolescentes encontram uma prescrição medicamentosa (ROUDINESCO, 2000).

Sabemos que o instrumento empregado pela medicina é diferente dos recursos buscados pela psicoterapia, em especial pela psicanálise, pois

essa utiliza a palavra que possui caráter terapêutico, sendo por isso também dispositivo de cura. O que gera impasses e, podemos pensar uma prevalência do tratamento medicamentoso frente à psicoterapia. Talvez, devido a força de mercado que a medicação envolve.

Segundo Kimura (2005), é prioritário lembrar que o tratamento psicoterápico é diferente do psicofarmacológico. Portanto, deve-se esclarecer ao paciente os dois tipos de tratamento, para que ele consiga discernir estas diferentes formas de atendimento. Nesse aspecto a formação, a capacitação dos profissionais de saúde seja fundamental.

Essa relação entre medicamento e psicoterapia tem sido estudada por diversos autores. Uma das questões emblemáticas é a de que há uma aceitação sem questionamentos em relação aos procedimentos medicamentosos e o paciente adquire sem questionar a real necessidade do prescrito e suas implicações na vida do adolescente. De acordo com Frey, Mabilde e Eizirik (2004), o adolescente pode perceber o médico como onipotente, e acreditar em uma “cura mágica”, assim como também pode perceber a prescrição medicamentosa como uma saída para não ser mais escutado.

Segundo Saffer (2007), apesar destes entendimentos serem necessários na prática clínica diária, há poucos estudos sobre esta temática. Além disso, a própria formação dos profissionais de saúde mental é direcionada a uma divisão dicotômica: ora se estuda psicoterapia, ora conteúdos de psicofarmacoterapia, ocasionando dificuldades na compreensão de aspectos psicodinâmicos para o psicofarmacoterapeuta e farmacológicos para o psicoterapeuta em suas práticas diárias de atendimento. Aliada a parcialidade dos conhecimentos, seu modelo disciplinar, muito vezes pouco complexo, não problematiza a adolescência, seus diversos paradoxos e problemáticas próprias a essa fase psicossocial de desenvolvimento.

Conforme Contardo Calligaris (2000), a adolescência é uma fase da vida caracterizada por muita fragilidade na autoestima na maioria dos jovens, bem como o aparecimento de alguns transtornos como depressão e tentativas de suicídio, sendo as relações dos adolescentes com os adultos e a sociedade moderna permeada de muita insegurança. Entretanto, essa mesma sociedade que idealiza a adolescência reserva para esses jovens um olhar patológico no qual as diversas manifestações do comportamento juvenil são catalogadas pelos adultos como o lugar de patologias psíquicas e sociais.

Além disso, Roudinesco (2000) nos mostra que o medo da desordem e a valorização de uma competitividade baseada unicamente no sucesso material fazem com que a maioria dos sujeitos escolha fazer uso de substâncias químicas ao invés de falar de seus sofrimentos íntimos. Sendo assim, o poder dos “remédios do espírito”, pode ser considerado o sintoma de uma modernidade que prefere extinguir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas a própria ideia de enfrentar a prova dele. O indivíduo passa a preferir o silêncio ao invés de verbalizar seu sofrimento, pois isto mobiliza sentimentos de angústia e vergonha.

A questão cultural faz permanecer a imagem de que o médico irá ajudar apenas se indicar o medicamento e que este irá resolver ou sanar seus sintomas. Frente a esta realidade, percebemos que é de suma importância repensar esta combinação entre o medicamento e a terapia, em que momentos a medicação tem sido prescrita ao paciente e se essa é indispensável durante o tratamento psicoterápico. Pois a palavra também atua como um remédio – um fármaco que pode modificar a *physis* inteira, o corpo e a alma da pessoa sobre quem ela atua (CALDERONI, 2002).

No que concerne ao psiquismo do adolescente, os sintomas não remetem a uma única doença e esta não é exatamente uma doença (no sentido somático), mas um estado. Por isso, a cura também é a transformação existencial do sujeito (ROUDINESCO, 2000).

Nessa perspectiva, percebe-se a busca de um pensar mais complexo, dos profissionais de saúde mental, na associação de psicoterapia e da psicofarmacoterapia, pois pensar o sofrimento psíquico apenas através de uma abordagem biológica ou psicológica talvez possa limitar o paciente de obter o tratamento mais adequado (SAFFER, 2007).

Conforme Calazans e Lustoza (2008) há um esforço para adaptar as pessoas ao meio social, o que acaba levando à busca por uma certa ideologia de perfeição e também à exclusão do diferente, do que não se adapta. Ligado a isso, também está à necessidade cada vez maior de controle sobre o bom funcionamento psíquico dos sujeitos.

Inicialmente, conforme Rodrigues (2003), fazia-se uso de medicação apenas em situações em que o indivíduo apresentasse a necessidade de controlar seus sintomas, quando estes eram caracterizados por uma dificuldade de lidar com seu manejo, com o propósito de preparar o paciente para o tratamento psicoterápico. Atualmente, ao contrário do que se propõe o processo de psicoterapia, que mostra seus resultados processualmente, os medicamentos atuais prometem extirpar os sintomas em um curto espaço de tempo, sendo este o motivo que leva tantas pessoas a optarem por um tratamento medicamentoso ao invés de recorrer a uma psicoterapia.

Contudo, como nos aponta Roudinesco (2000), quanto mais se quer acreditar no poder mágico da psicofarmacologia, mais direcionados estamos a uma nova alienação, pois promete-se curar o indivíduo da sua própria condição humana, ao pretensamente usar o medicamento para eliminar todo e qualquer sofrimento psíquico, inclusive moldando magicamente a sua personalidade e o seu sofrimento.

A mesma cultura que considera o adolescente uma ameaça acaba por medicalizá-lo, pois há uma ordem e uma idealização social que lhe impõe que seja feliz (CALLIGARIS, 2000), ou seja, sem problemas ou sofrimentos que são constitutivos do seu existir.

O profissional deverá dar-se conta dessa complexidade e das experiências e qualificações que poderão ou não auxiliá-lo nas escolhas terapêuticas frente a um paciente que ainda está em franco processo de

desenvolvimento. Sendo assim, o psicoterapeuta e psicofarmacoterapeuta são responsáveis conjuntamente pelo tratamento do adolescente. Os profissionais deverão se comunicar quando há ausências prolongadas, alterações no estado clínico, busca de outras abordagens terapêuticas e cada um deverá formular sua impressão sobre a resposta do paciente ao tratamento, no caso de emergência quem será o responsável chamado. O tratamento torna-se mais efetivo quando o psicólogo tem conhecimento sobre a medicação e o psiquiatra uma compreensão psicodinâmica (SAFFER, 2007) e principalmente quando eles podem trabalhar conjuntamente.

Talvez assim ao acolher o paciente para uma avaliação, analisa-se a sua história, sintomas e/ou problemas que aconteceram, como viveu e o que conseguiu realizar, apesar da doença. Considerando-se o seu modo de funcionamento e suas relações familiares, sendo estes dados fundamentais para o atendimento clínico-farmacológico e psicoterápico para possíveis indicações específicas de tratamento (KEIDANN, 2007).

Análise dos resultados

Realizamos uma pesquisa em 321 prontuários de adolescentes atendidos em psicoterapia num serviço-escola no Vale do Rio Pardo-RS, após a coleta de informações, elas foram repassadas para um protocolo de pesquisa com vinte e duas questões, tais como, idade, sexo, sintomas, alta, uso ou não de medicação, etc., no período de 1998 a 2010. Assim os pacientes ingressam no serviço, eles assinam um termo de consentimento livre e esclarecido para utilização das informações contidas nos prontuários. Posteriormente, a essa verificação, os dados foram analisados através do programa *SPSS Statistics 17.0* a partir do qual se realizou a análise de frequência e cruzamentos estatísticos das tabelas.

Constatamos, conforme Tabela 1 abaixo, que houve um aumento significativo do número de pacientes medicados a partir do ano de 2007 (44,8%), mantendo-se entre 36,4% de pacientes medicados no ano de 2008, passando para 20,0% em 2009 e novamente subindo seu pico para 41,7% em 2010. Chama a atenção que nos anos iniciais de abrangência da pesquisa, 1998 e 1999, 100% e 92,9% dos pacientes não usavam nenhum tipo de medicação, já nos anos posteriores, como podemos notar na tabela abaixo, os percentuais de pacientes que não usavam medicação são bastante altos, chegando a índices de até 95,7%, em 2000, e 94,7% em 2005. Isso indica um processo crescente de medicalização dos adolescentes atendidos.

Tabela 1: Ano e uso de medicação

Ano	Uso de medicação	
	Sim	Não
1988	0	5
1999	1	13
2000	1	22
2001	4	28
2002	1	17
2003	3	21
2004	4	17
2005	1	18
2006	6	35
2007	13	16
2008	8	14
2009	5	20
2010	20	28
Total	67	254

Conforme tabela 2 a seguir, o maior número de pacientes medicalizados é do sexo masculino, respondendo por 23,9%, já as adolescentes do sexo feminino respondem por apenas 18,1%. O cruzamento dos dados foi significativo também ao mostrar que, embora o maior número de pacientes atendidos tenha sido do sexo feminino (166), comparados aos 155 do sexo masculino, no entanto, os mais medicados são os do sexo masculino. Esse dado levanta uma questão de gênero, pois a primeira coisa que nos suscita é “por que os rapazes são mais medicados?” Para buscar subsídios para resolver essa questão, recorreremos aos sintomas que os adolescentes apresentavam: os adolescentes do sexo masculino se envolverem mais em conflitos, rixas e estão mais expostos ao uso do álcool, tabaco, entorpecentes, etc., além de sabidamente o fato de que alguns transtornos de ordem psíquica acometem um maior número de meninos do que meninas, como o TDAH, que posteriormente na adolescência incrementa esse percentual mais elevado de medicalização entre os rapazes.

Tabela 2: Sexo e uso de medicação

Sexo	Uso de medicação	
	Sim	Não
Masculino	30	136
Feminino	37	118
Total	67	254

Além disso, analisamos os motivos pelos quais os adolescentes procuraram atendimento psicoterápico junto ao serviço-escola, ao longo de 12 anos de funcionamento, eles são, na sua maioria, conflitos na

adolescência (29,3%), ou seja, questões próprias da puberdade: mudanças no corpo e seus efeitos na sexualidade, confrontos e conflitos entre pais e filhos decorrentes desse novo lugar social que ocupa ou quer ocupar esse adolescente. Em segundo lugar, temos o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, com 12,8%, sendo seguida dos Transtornos de Ansiedade, em especial, Depressão, com 11,5%.

A procura dos adolescentes pelo atendimento psicoterápico foi espontânea (47,7%), mas saliente-se que a palavra “espontânea” apenas significa que o adolescente não veio encaminhado de nenhum outro órgão, escola ou setor. Importante frisar que o “espontâneo” tem nos pais a fonte de demanda pelo atendimento num primeiro momento, ou seja, conforme prontuários, “trazido ou mandado pelo pai ou pela mãe”. As escolas aparecem em segundo lugar, respondendo por 12,5% dos encaminhamentos dos adolescentes para atendimento junto ao Serviço.

Ao discriminarmos mais esses dados, cruzando sexo com hipótese diagnóstica, obtivemos em primeiro lugar os conflitos psicossociais na adolescência, tanto para o sexo feminino (31,9%) como para o masculino (26,5%). Em segundo lugar, há uma diferenciação, apresentando o sexo feminino a depressão (16,3%) como hipótese central, ao passo que o sexo masculino apresentou TDAH (21,3%). Bolsoni-Silva et al. (2010) apresentam um grande número de pesquisas que estudam o comportamento externalizante e internalizante de crianças e adolescentes vinculados a dimensão social, ou seja, a forma de expressão sintomáticas em meninos e meninas está associada a forma como culturalmente se possibilita que crianças e adolescentes se expressem. Temos, portanto meninos com sintomas mais externalizados e meninas com sintomas mais internalizados. Como corrobora a nossa pesquisa, quando observamos um número maior de meninas apresentando depressão e de meninos com TDAH.

Entre as hipóteses diagnósticas mais medicadas estão: a ansiedade, a agressividade, a dificuldade de concentração, a ideação suicida, compulsão e as não medicadas: medos e fobias.

Ao analisarmos a Tabela 3, sexo e sintomas, a pesquisa corrobora os dados já obtidos anteriormente, mostrando que tanto para os do sexo feminino como para os do sexo masculino a ansiedade e a agressividade são as principais queixas trazidas nos encaminhamentos: 39,8% das adolescentes sofrem de ansiedade e 31,6% dos adolescentes. A agressividade responde por 22,3% no sexo feminino e 30,3% no masculino. Além disso, temos o sintoma da tristeza/pessimismo com 15,1% entre o sexo feminino (vide parágrafo anterior em que a Depressão aparece como hipótese diagnóstica em 16,3% das adolescentes). No sexo masculino, temos 16,8% com sintoma de dificuldade de concentração/atenção/aprendizado (o que nos remete também ao parágrafo anterior em que o TDAH aparece com 21,3% na hipótese diagnóstica do sexo masculino).

Tabela 3: Sexo e sintoma

Sintomas	Masculino		Feminino	
	%	n	%	n
Ansiedade	31,6%	49	39,8%	66
Agressividade	30,3%	47	22,3%	37
Tristeza/pessimismo	5,2%	08	15,1%	25
Dificuldades de concentração e aprendizagem	16,8%	26	9,6%	16
Medos/fobias	4,5%	07	3,0%	05
Ideação suicida	0%	--	0,6%	01
Compulsão	0,6%	01	0%	--
Delírio	0,6%	01	0%	--
Rituais	0,6%	01	0%	--
Autoimagem distorcida	0%	--	0,6%	01

Ao analisarmos o número de sessões e a evolução da psicoterapia, podemos observar que o abandono é maior no início do processo terapêutico correspondendo a 69,2% (222) comparados a 30,2% (97) de alta, sendo que os momentos críticos de abandono acontecem entre a 1ª e a 10ª sessão de psicoterapia, ou seja, nos primeiros 3 meses, ressaltamos que os atendimentos realizados são de uma sessão por semana. Vemos que a maioria dos pacientes tem alta entre a 15ª e 30ª sessão, ou mais. Entendemos que a grande maioria abandona o processo terapêutico devido a múltiplos fatores que envolvem os paciente e os terapeutas. Uma possibilidade de explicação dos abandonos, por parte do paciente, como já apontamos, é a de que a grande maioria (47,7%) veio por encaminhamento espontâneo, ou seja, por solicitação dos pais. Como esse adolescente veio trazido pelos pais, é compreensível que a demanda inicial não seja dele, portanto uma grande parcela desses adolescentes não faz adesão ao processo psicoterápico. Outra questão é a de que a queixa envolve conflitos relacionais e geracionais na relação pais-filhos, como já apontamos, e que incomoda principalmente aos pais. Por parte dos terapeutas, uma possível explicação da alta taxa de abandono é devida uma dificuldade de encerrar o tratamento, as questões vão sendo trabalhadas até o paciente desistir ou achar que está bem, visto que a psicoterapia, geralmente não fica focada apenas nos sintomas iniciais.

Outro dado interessante foi o do cruzamento da variável idade dos pacientes com o uso de medicação. Encontramos um índice alto, 24% dos adolescentes com 12 anos de idade que faz uso de medicação, subindo esse índice para 32,1% aos 13 anos, e 22,0% aos 14 anos de idade, estabilizando-se na faixa entre 16% nos 15 e 16 anos. Ou seja, o ingresso na adolescência e seus conflitos passam a ser medicados.

Um último dado revelador é que dos adolescentes que usam algum tipo de medicação, estes que usam permanecem mais tempo em psicoterapia, cerca de 20,9% dos medicados permanecem de 10 a 15 sessões e 14,9% chegam a mais de 30 sessões psicoterápicas. Já o índice dos não medicados

cai de 2 a 5 sessões realizadas (33,1%), sendo muito baixo o percentual daqueles não medicados que permanecem a mais de 30 sessões (7,1%).

Considerações finais

Apresentamos até aqui, alguns resultados da pesquisa que são importantes para pensarmos a nossa clínica com adolescentes. Fica evidente, com os dados da pesquisa, que no público adolescente, que realizou atendimento psicoterápico no serviço ao longo dos 12 anos de sua existência, o índice de medicados vem aumentando. Entendemos que pode ser consequência da atual configuração da sociedade em que vivemos, na qual há uma valorização do medicamento que vem sendo utilizado numa escala de abrangência maior e vem incluindo conflitos até então pensados como próprios a adolescência, talvez numa pressa de resolver conflitos familiares frente a uma demanda atual de sujeitos sem sofrimento, com condições de darem conta de todas as dificuldades da sua existência humana sem passarem por transtornos próprios de certos momentos do existir (RODRIGUES, 2003).

Na medida em que a sociedade propaga que devemos evitar todo e qualquer mal-estar, incentiva o uso de psicofármacos, passando uma ideia fantasiosa de que irão solucionar os problemas existenciais, além de moldar os comportamentos dos adolescentes e, principalmente de pais que desejam a qualquer custo adequação aos padrões de normatividade, ou seja, sem sofrimento ou conflitos. Tínhamos a ideia de que a adolescência era um período propício a crises: conflitos de gerações, de mudança corporal, busca de identidade sexual, profissional que deveriam ser vencidas pelos pais e adolescentes com novas negociações, novos aprendizados, rediscutidos, mas agora também medicados (DINIZ, 2009).

Importante também enfatizar que o poder dos medicamentos e da indústria farmacêutica acaba justamente se apropriando de características próprias da relação do sujeito e com a dimensão social, convertendo modos de ser e existir em patologias (MONTALTI, 2011).

Salientarmos que ao realizarmos a pesquisa, nos deparamos com um número grande de prontuários que não apresentavam informações relacionadas ao uso de medicação, hipótese e outras. É necessário refletirmos que um bom preenchimento de prontuários nos serviços-escola oportuniza um melhor entendimento do paciente, mas também deve ser pensado como recurso de pesquisa e avanços clínicos e psicoterápicos. O alto índice de abandono do processo psicoterápico é preocupante e requer um aprofundamento nas pesquisas futuras. Pretendemos com esses achados contribuir para uma reflexão dos atendimentos dos adolescentes e de uma clínica que se amplia a partir da prática interdisciplinar na adolescência.

Notas

* Doutor em Estudos da Linguagem e Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professor e pesquisador do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: jerto@unisc.br

** Acadêmico de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: giovanipiano@mx2.unisc.br

*** Acadêmica de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: letiahunsche@mx2.unisc.br

Referências

BECKER, Daniel. **O que é adolescência?** São Paulo: Nova Cultura-Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1986.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; VILLAS BOAS, Ana Carolina Villares BARRAL; Romera, Vanessa Barbosa; SILVEIRA, Fabiane Ferraz. Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2013.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo: Ed. Publifolha, 2000.

CALDERONI, David. (Org.). **Psicopatologia**: vertentes, diálogos, psicofarmacologia, psiquiatria, psicanálise. São Paulo: Via Lettera, 2002.

FREY, Benício Noronha; MABILDE, Luiz Carlos; EIZIRIK, Cláudio Laks. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2004.

KEIDANN, Carmem. A função da história no atendimento de pacientes nos dias de hoje. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, 2007.

KIMURA, Adriana Marie. **Psicofármacos e Psicoterapia: a visão de psicólogos sobre medicação no tratamento**, 2005. Disponível em: <<http://www.bvs-psi.org.br/tcc/220.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2011.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2011.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SAFFER, Paula Lubianca. O desafio da integração psicoterapia-psicofarmacoterapia: aspectos psicodinâmicos. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, 2007.

CALAZANS, Roberto Pires; LUSTOZA, Rosane Zétola. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, 2008.

CAMARA, Martial de Magalhães; CRUZ, Amadeu Roselli. **Adolescência prolongada: o tempo que não se quer deixar passar.** Disponível em: <www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_15/camara_cruz.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2011.

DINIZ, Margareth. **Os equívocos da infância medicalizada,** 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032008000100056&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 set. 2011.

MONTALTI, Edimilson. **Medicalização de crianças transforma modo de ser em doença.** Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=medicalizacao-criancas>>. Acesso em: 19 set. 2011.

Recebido em: dezembro de 2012.

Aprovado em: abril de 2013.