



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

CAMILA DE ARAÚJO CARRILHO

“PRA SUPORTAR E ASSISTIR”: DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE AO ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE MULHERES

FORTALEZA - CEARÁ

2016

CAMILA DE ARAÚJO CARRILHO

PRA SUPORTAR E ASSISTIR: DISCURSOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FRENTE AO ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE MULHERES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lia Carneiro Silveira.

FORTALEZA-CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Carrilho, Camila de Araújo de.

"Pra suportar e assistir": discursos dos profissionais de saúde frente ao abuso de benzodiazepínicos entre mulheres [recurso eletrônico] / Camila de Araújo de Carrilho. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 101 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.^a Dra. Lia Carneiro Silveira.

1. Ansiolíticos. 2. Enfermagem. 3. Psicanálise. 4. Discurso. 5. Medicalização. I. Título.

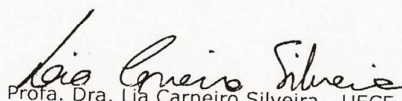


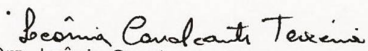
Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

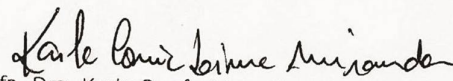


Ata de Defesa da Dissertação de Mestrado
de **Camila de Araújo Carrilho**
realizada no dia 24 de fevereiro de 2016.

Ao vigésimo, quarto dia do mês de fevereiro do ano dois mil e dezesseis, na Universidade Estadual do Ceará, reuniu-se a Banca Examinadora para defesa de dissertação, composta pelos seguintes Professores Doutores: Lia Carneiro Silveira, Leônia Cavalcante Teixeira e Karla Corrêa Lima Miranda sob a presidência da primeira, perante o qual, a Mestranda, **Camila de Araújo Carrilho** regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, defendeu, para preenchimento dos requisitos de Mestre, a Dissertação intitulada: "*Pra suportar e assistir: Discursos dos profissionais de saúde frente ao abuso de benzodiazepínicos entre mulheres.*" A defesa da referida Dissertação ocorreu das ~~11:00~~ **12:15** tendo sido a Mestranda submetida à arguição, dispondo cada membro da Banca Examinadora de tempo para realizá-la. Em seguida, a Banca Examinadora reuniu-se, em separado, e concluiu por considerar a Mestranda **Aprovada**, por sua Dissertação e defesa pública. Eu, **LIA CARNEIRO SILVEIRA** que presidi a Banca Examinadora de Dissertação do Mestrado, assino a presente ata, juntamente com os demais membros, e dou fê.


Profa. Dra. Lia Carneiro Silveira - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Leônia Cavalcante Teixeira - UNIFOR
(1º membro)


Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda - UECE
(2º membro)

Dedico a todos os profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grata desde o momento em que pude entrar no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, sendo muito bem acolhida e abraçada por todos do programa e pela própria cidade de Fortaleza. Enfrentar a difícil mudança de ir “pra cidade grande” foi um processo muito facilitado pelos felizes encontros e amizades que pude construir durante esse percurso. Gostaria de agradecer especialmente:

Aos meus pais, meus avós (*in memoriam*, meus avôs João Carrilho e Francisco de Assis) e meus irmãos, por todo apoio e amor ao longo de toda minha vida, por serem uma parte tão importante de mim que carrego por onde for.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Lia Silveira, sua incrível linha de pesquisa em Psicanálise me fisionou, sou grande admiradora de seu trabalho, por ter me apresentado esse saber de uma forma encantadora. E claro, por ter conduzido um processo de orientação tão acolhedor, com tantos ensinamentos e contribuições. Por tudo isto, mais uma vez, os meus sinceros agradecimentos.

Ao Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, especialmente à coordenação, à secretaria e aos seus maravilhosos professores, por terem me acolhido e dado todo suporte que precisava.

Aos meus colegas de pesquisa e amigos, um agradecimento especial, grandes responsáveis para eu tomar conhecimento da linha de pesquisa e que, com muita gentileza, me ajudaram bastante, trocando experiências, aprendizagens e motivações. Sem eles essa pesquisa não teria tanta cor: Alcivan, Isabella, Paiva, Arisa, Deivson, Juliana, Sibebe, Rodrigo, Ticyanne, Natana e Emanuel (*in memoriam*) que nos deixa saudade até hoje.

À minha turma X do mestrado, tão especial pelo sentimento de união que se gerou entre todos nós, foram muitos momentos felizes compartilhados.

Aos membros do Grupo de Estudo do LAPSU (Laboratório de Psicanálise da UECE), pelos momentos compartilhados de aprendizagem, especialmente pelas leituras (nada fáceis) que fizemos juntos de alguns dos seminários de Lacan.

Aos amigos que conheci e ganhei pra toda vida que fizeram me sentir cada vez mais em casa nesta cidade: Raissa, Isabella, Caio, Eric, Emília, Thalita, Gabi, Sabrina e tantos outros que

dividi apartamento, cruzei pelos caminhos, pelos grupos de estudos, me dando sempre algum apoio e gestos de carinho.

A todos os profissionais que participaram das entrevistas, pela disponibilidade e abertura para que fosse possível o desenvolvimento dessa pesquisa.

À banca avaliadora, Prof.^a Dra. Karla Miranda e Prof.^a Dra. Leônia Cavalcante, bem como Prof.^a Dra. Rocineide Ferreira e Prof.^a Dra. Eliany Nazaré, por toda disponibilidade e sensibilidade que tiveram ao receber o convite e participar dessa pesquisa com tantas contribuições.

Ao Higor que por último chegou de “gaiato”, mas não foi menos importante para me ajudar nesse processo. Fazendo uso da metáfora de terminar uma dissertação como um trabalho de parto: foi um companheiro exemplar pela presença constante, dando muito amor, carinho e fôlego durante esses últimos momentos de finalmente par(t)ir o trabalho.

*“Por mais um dia, agonia,
pra suportar e assistir
Pelo rangido dos dentes,
pela cidade a zunir
E pelo grito demente
que nos ajuda a fugir
Deus lhe pague”
(Chico Buarque)*

RESUMO

A grande incidência do uso de benzodiazepínicos, especialmente pelo público das mulheres, vem a se constituir um complexo problema de saúde pública. Entretanto, mesmo com a tomada de consciência das instâncias de saúde, ainda não foram encontradas resoluções para reverter esse quadro e as prescrições dos ansiolíticos continuam a ser a parte mais importante da consulta. Diante desse cenário, questionamo-nos sobre as motivações que levam os profissionais a realizarem uma frequente prescrição desses medicamentos. Logo, objetivamos analisar o discurso dos profissionais de saúde acerca da motivação para prescrição de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde. Enquanto objetivos específicos, traçamos: perceber quais as condições de produção desse discurso que traduz as queixas recebidas na prática clínica em um fenômeno que requeira a prescrição de benzodiazepínicos; definir as formações discursivas que estruturam esse discurso; identificar quais os pontos de ruptura que apontam, nesse discurso, para aquilo que escapa a racionalidade científica; discutir os mecanismos da formação ideológica que sustentam os discursos dos profissionais de saúde acerca do abuso de benzodiazepínico entre mulheres. Adotamos enquanto referencial teórico-metodológico a pesquisa em psicanálise, articulando com a análise de discurso da corrente francesa de Michel Pêcheux para a análise das entrevistas. Os sujeitos da pesquisa foram 18 profissionais enfermeiros e médicos das Unidades Básicas de Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Fortaleza-CE. Identificamos a predominância da Formação Discursiva Biomédica e da Formação Discursiva da Determinação Social. A primeira mostrou-se voltada para intervenção estritamente farmacológica, visando alterar estados de humor, seguindo uma categorização diagnóstica limitada à classificação do sofrimento. Já na segunda, os profissionais apontam a relação do sujeito com a sociedade, especialmente ligados à baixa condição econômica, proximidade com a violência e tráfico de drogas, enquanto justificativa para o sofrimento que ocasiona no uso do benzodiazepínico. Dessa forma, em ambas formações o benzodiazepínico comparece como única solução, presente no lapso de um dos profissionais “trapar”, que revela um neologismo que traz em si mesmo a dimensão proposta pela medicina de “tratar” as doenças, mas que revela uma outra face, destinada a “tapar” algo. Assim, para abordagem da formação ideológica questionamos o conceito de ideologia presente na teoria de Pêcheux, abrindo a possibilidade para pensá-la como algo que se encontra recalcado no discurso, ao mesmo tempo em que dentro desse discurso é possível tocar em algo que falha, da posição do sujeito. Recorremos, então, aos

discursos de Lacan, concluindo que o discurso capitalista subsidia os discursos dos profissionais. Sendo revelado pela centralidade dada ao benzodiazepínico nas falas, que é colocado para mediar a relação entre profissional e paciente, sendo o objeto que vem a tentar recobrir a falta que é colocado neste laço social. Portanto, frente a essas questões, em contraponto à prática clínica que apresenta a medicalização como única via para se tratar os diversos sofrimentos, colocamos a psicanálise em um lugar de soma à ciência, pela possibilidade inaugurada pelo discurso do analista, sendo o único que possibilita o lugar do outro ser o sujeito do discurso.

Palavras-chave: Ansiolíticos; Enfermagem; Psicanálise; Discurso; Medicalização.

ABSTRACT

The high rate of benzodiazepine usage, particularly by the women public, comes to establish a complex public health problem. However even with the awareness of the health authorities, resolutions have not yet been found to reverse this situation and the requirements of anxiolytics remain the most important part of the consultation. Given this scenario, we wonder about the motivations that lead professionals to execute frequent prescription of these drugs? Therefore, we aimed to analyze health professionals speech about the motivation for benzodiazepine drugs prescription in health care. As specific objectives, we draw: understand what are the production conditions of this speech that translates the complaints received in clinical practice in a phenomenon that requires the prescription of benzodiazepines; define the discursive formations that shape this speech; identify the disruptive points that point out, in this speech, what escapes scientific rationality; discuss the mechanisms of ideological formation that sustain health professionals speech about the abuse of benzodiazepine among women. We adopted as theoretical and methodological reference the research in psychoanalysis, articulating with the speech analysis of French current of Michel Pêcheux for interviews analysis. The study subjects were 18 professional nurses and doctors of Basic Health Units and Centers for Psychosocial Care (CAPS) in the city of Fortaleza-CE. We identify the prevalence of Biomedical Training Discourse and Discursive Formation of the Social Determination. The first proved to be strictly focused on pharmacological intervention, in order to alter mood states, following a diagnostic categorization limited to the suffering classification. On the second one, professionals point out the subject's relation to society, especially related to low economic status, proximity to the violence and drug trafficking, as justification for the suffering it causes in the use of benzodiazepine. Thus, in both formations the benzodiazepine appears as the only solution, present in the lapse of one of the professional as "trapar" which reveals a neologism that brings in itself the proposed dimension for the medical "treat" disease, but it reveals another face, intended to "cover" something. So to approach the ideological training we question the concept of ideology present in Pêcheux's theory, opening up the possibility to think of it as something that is repressed in the speech. At the same time, within that speech, it can touch something that fails, from the position of the subject. We appeal then to Lacan's speeches, concluding that capitalist discourse subsidizes the speeches of professionals. It is revealed by the centrality given to the benzodiazepine in the speech, where is placed to mediate the relationship between

professional and patient, and the object that is trying to cover the shortage that is placed in this social bond. So, faced with these issues, as opposed to clinical practice that presents the medicalization as the only way to treat various sufferings, we place psychoanalysis into a place of sum to science, the possibility opened by the analyst's discourse, being the only one that allows the place of another being the subject of discourse.

Keywords: Anti-Anxiety Agents; Nursing; Psychoanalysis; Speech; Medicalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A PESQUISA EM PSICANÁLISE.....	20
2.1	CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM.....	21
2.2	A ANÁLISE DO DISCURSO EM SUA INTERSEÇÃO COM A PSICANÁLISE	24
2.3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
3	AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE DISCURSO: O ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ABORDAGEM DO MAL-ESTAR.....	33
3.1	A PSIQUIATRIA NA CLÍNICA MODERNA	34
3.2	A PSIQUIATRIA E A PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	37
3.3	MEDICALIZAÇÃO E IATROGENIA.....	39
3.4	PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM FRENTE O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS	41
4	A ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	45
4.1	ANÁLISE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS	45
4.2	PONTOS DE RUPTURA – INTERDITOS	57
4.3	ENTRE DITOS E INTERDITOS, A TRAMA DO DISCURSO	63
4.4	OS DISCURSOS EM LACAN: APARELHAMENTO DO GOZO PELA LINGUAGEM	69
4.5	ANÁLISE DA FORMAÇÃO IDEOLÓGICA: O BENZODIAZEPÍNICO NO CURTO-CIRCUITO DO DESEJO.....	73
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE.....	96
	ANEXO.....	100

1 INTRODUÇÃO

*“Socorro!
Não estou sentindo nada
Nem medo, nem calor, nem fogo
Não vai dar mais pra chorar
Nem pra rir [...]
Por favor!
Uma emoção pequena, qualquer coisa!
Qualquer coisa que se sinta...
Tem tantos sentimentos
Deve ter algum que sirva.”
(Arnaldo Antunes)*

A música “*Socorro*”, de Arnaldo Antunes, fala um pouco do anestesiamento dos sentimentos, como se de alguma forma eles fossem tamponados. Encontramos semelhanças com os relatos de quem faz uso das medicações denominadas psicotrópicas ou psicofármacos, que agem exclusiva ou principalmente no comportamento do indivíduo, pela intervenção em funções do sistema nervoso central. Elas não eliminam o fator que causa a dor, mas suprimem a dor, os sentimentos. Contudo, diferente da música citada, não faz a pessoa chamar por socorro, faz, justamente, ela querer mais o medicamento, causando um ciclo vicioso.

Essas drogas advêm de uma cultura que começou a ser implantada, desde os anos 50, através da medicina psiquiátrica que passou prescrever essas substâncias para a população em resposta ao sofrimento de ordem psíquica. Assim, esses medicamentos passaram a ocupar um lugar importante para alívio do mal-estar. O consumo dos psicotrópicos é cada vez maior na sociedade contemporânea, considerado alto em todo o mundo, inclusive no Brasil.

São encontradas, cada vez mais frequente, na Atenção Básica, queixas referentes à saúde mental, “recebendo classificações como: poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, histéricos e pitiáticos” (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014). É estimado que os transtornos mentais e de comportamento correspondam a 12% das doenças em escala mundial (ONOKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). O sofrimento psíquico vem assumindo novas formas, em decorrência das transformações no modo de vida moderna, como a aceleração do tempo, a concorrência e a busca pela eficiência no mercado, o aumento da violência urbana, as novas configurações familiares, políticas e sociais (SILVEIRA; MARTINS; RODRIGUES, 2015).

Mesmo assim, esses modos de sofrer também são frutos do enquadramento em uma generalização e rotulação de suas manifestações e no tratamento, tomando-os como

patológicos. As singularidades dos casos comumente são suprimidas, como não há capacidade de se determinar uma etiologia precisa da dor, como nas doenças orgânicas, com objetivo de promover a cura, recorre-se a agir pela via da medicalização para eliminação dos sintomas (SIMANKE, 2002).

Os benzodiazepínicos são substâncias psicoativas que se encontram entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 e 3% de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano (HUF et al., 2000). Em 2001, no mundo todo foram consumidas 26,74 bilhões de doses diárias e 6,96 milhões de doses como hipnóticos (CEBRID, 2003).

As drogas benzodiazepínicas ganham destaque neste contexto como uma substância destinada a tratar os quadros ansiosos, devido aos seus efeitos de sedação, diminuição da ansiedade e relaxante muscular. Além disso, também são indicações clínicas as intoxicações alcoólicas, o espasmo muscular esquelético, as desordens convulsivas e como adjuvante na anestesia local e geral (KAPLAN; SADOCK, 1999).

Esta classe de medicamento ganhou forte adesão na clínica desde o início dos anos 60, quando foram lançados no mercado e amplamente divulgados e prescritos, por apresentar uma elevada eficácia. Também contribuiu o fato de serem menos agressivos e substituírem seus antecessores, os barbitúricos, drogas tranquilizantes, que por terem uma ínfima diferença entre a dose terapêutica e a dose tóxica, ocasionavam até em diversos acidentes fatais.

Embora os benzodiazepínicos fossem considerados relativamente seguros, na década posterior começaram a chamar atenção os casos de seu uso abusivo, além do desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência em pessoas que faziam o uso crônico (MEHDI, 2012).

Após esse alerta, começaram a ser recomendados o uso regular da droga, inclusive pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que atualmente estima que ela deve ser utilizada em curto prazo – no máximo entre dois a quatro meses. Caso ultrapasse essa indicação, pode ocorrer, além da dependência e tolerância em potencial, efeitos indesejáveis relacionados à depressão do sistema nervoso central, como a diminuição da atividade psicomotora, memória prejudicada, etc. (AUCHEWSKI *et al.*, 2004). Portanto, ao ultrapassar esse período, já se configura como abuso de substância.

De fato, é constatada uma grande incidência desse abuso, chegando a constituir um complexo problema de saúde pública. Como apontado por Carvalho e Dimenstein (2003), é estimada uma grande quantidade de pessoas que fazem uso do medicamento por tempo indeterminado, levando a mais malefícios do que benefícios a saúde das pessoas. No entanto, esses autores expõem em seu estudo que, mesmo com a tomada de consciência das instâncias de saúde, ainda não foram encontradas soluções para reverter esse quadro, as prescrições dos ansiolíticos continuam a ser a parte mais importante da consulta.

Visto que são detectados inúmeros casos em que a prescrição é realizada em quadros que encontram-se fora das suas indicações, como verificado no estudo de Oliveira (2000), situações como “ansiedade de convivência familiar” ou “menopausa” são suficientes para motivar a prescrição. Esse fato aponta para uma dificuldade na abordagem do sofrimento e reforça a medicalização como única resposta acessível para esse mal-estar.

Como contraponto a esse movimento de medicalização do sofrimento psíquico, exposto especialmente pela preocupante proporção que o abuso de benzodiazepínicos vem tomando entre as mulheres, fazemos uma ousada aposta em realizar uma pesquisa com o viés da Psicanálise acerca dessa problemática. Pois, com esse saber, compreendemos que a prática clínica não deve apenas centrar-se na ação do medicamento, visto que o mesmo não pode ser reduzido a uma substância, nem é possível avaliar apenas objetivamente seus efeitos, é preciso ir além da linguagem científica, reconhecendo que o medicamento é introduzido por cada sujeito em sua estrutura de maneira singular (LAURENT, 2004).

Esse peculiar campo do saber toma como seu objeto de estudo o inconsciente, sua prática foi iniciada no século XVIII, dentro da clínica do psiquiatra vienense Sigmund Freud. Na verdade, ela só foi possível porque ele não se contentou com o reducionismo das interpretações dadas pela ciência através do paradigma cartesiano da objetividade, quantificação, classificação e generalização. A histeria, por não ser passível desses moldes, ocupava um lugar residual em alas à parte dos hospitais. Seus representantes, na maioria mulheres, eram vistas como fingidoras, pois nelas não era possível observar a causa orgânica de suas paralisias, afasias, dores, cegueiras, entre outros sintomas.

Freud, tomado pelo desejo de saber o que ocorreria para além da queixa física dessas mulheres, rompe com a ciência, ou melhor, a subverte, ao se propor a escutá-las, deixando com que elas ocupassem o lugar de sujeito, não precisando mais objetificá-las.

Assim, para a psicanálise, o sujeito é acolhido principalmente por seu sintoma, sem buscar apagá-lo ou contorná-lo.

Em um texto intitulado “O Mal-estar na civilização”, Freud, mesmo sem ter presenciado em vida o surgimento dos psicotrópicos, quando citou os meios que o homem recorreu para lidar com o sofrimento ao longo da história, destacou sobre uso de as substâncias químicas que modificam nossa sensibilidade, deixando-nos mais susceptíveis a sentir de forma acentuada ou diminuída o desprazer: “Sabe-se que com ajuda do ‘afasta-tristeza’ podemos nos subtrair à pressão da realidade a qualquer momento e encontrar refúgio num mundo próprio [...]” (FREUD, [1930] 2010, p. 33). Ele ressalta que essa via requer um custo alto ao sujeito, pela nocividade e perigo que apresenta, além do grande dispêndio de energia. Dessa maneira, defende que o mal-estar advindo da relação com o mundo ao qual busca-se apagar esse sintoma fala de algo desse sujeito que precisa ser escutado.

Essa outra leitura possível, da possibilidade de um diferente encontro entre o profissional de saúde e o paciente, motivou-me a construir um caminho que culminou na elaboração deste estudo. Um caminho do qual parto do meu lugar, na Enfermagem, e terei como referencial o saber em Psicanálise. Essas duas áreas de saber foram peças importantes que vieram a compor meu desejo de fazer pesquisa. Assim, posso dizer que, ao trabalhar com esses dois saberes, remete ao exercício feito ao montar um mosaico.

Assim sendo, faço uma comparação com o movimento de montar um quebra-cabeça, no qual já temos uma imagem pré-definida, com peças feitas especialmente para ele, que se encaixam perfeitamente. No mosaico, temos contrária situação, lidamos com peças vindas de diferentes lugares, finalidades e materiais, as quais certas vezes não se consegue obter o encaixe perfeito, mas é possível uni-las de acordo com suas combinações, seja por suas cores, seus formatos, etc. Sua finalidade, imagem a qual se busca formar, se faz na medida de sua construção e sem a possibilidade de (pre)visibilidade, além de possuir um caráter singular de quem o produz.

Mesmo dividida entre escolher algum curso da área de humanas ou biológicas, consegui ingressar no curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Motivada por ser uma área na qual se tem contato direto com a comunidade, despontou em meu mim a vontade de buscar respostas, provocar mudanças e viver o que há de ciências humanas na Enfermagem.

Contudo, justamente quando tive os primeiros momentos nos campos da prática e estágios, ao começar a ter contato direto com os pacientes, fui tomada por uma forte angústia. Com minha personalidade introvertida, continuar nessas disciplinas foi uma real prova de fogo: o dever de ocupar um lugar que, para mim, constituía-se numa invasão ao paciente, que se fazia por diversas vias, seja verbalmente, com perguntas já pré-concebidas, constrangedoras, incômodas, duras, ou tocando friamente o corpo da pessoa desconhecida.

Como suscita a leitura de Kruse (2003), o ato de abstrair a subjetividade do paciente, tomando-o como um corpo anatomicamente, com órgãos, é um caminho mais acessível para manipulá-lo e invadi-lo com mais facilidade. Pois ao objetivá-lo o torna inanimado, sem vida, o que a autora ressalta com o termo “corpos frios” (KRUSE, 2003).

Ocupar essa posição de objetificar o outro me levava a um confronto interno, no qual questionava-me sobre minha dificuldade de aproximação com o paciente, se eu teria realmente vocação para profissão (pois era observado em alguns colegas não só a facilidade para assumir esse lugar, como também certo deleite) ou qual barreira estava existindo para meu encontro com esse outro.

Não consegui encontrar um lugar na academia que sanasse essa dor e dificuldade. Esperei por algum preparo de aproximação com o paciente, em alguma disciplina, curso ou livros, mas nada veio. Somente consegui algum alívio no decorrer do curso, ao descobrir, paulatinamente, que poderiam haver outros modos de atuar com o paciente.

A principal experiência que ajudou a lidar com a minha inquietação foram os estágios na área de Saúde Mental (apenas trabalhada dentro de uma disciplina, Saúde do Adulto, no término do curso). Nela foi conjecturada a necessidade de dar outro foco que não fosse atuar com o paciente apenas pela via dos procedimentos ou do histórico da doença, o que requeria uma abordagem diferente: conhecer o paciente, escutá-lo, conhecer sua história, sua família, seu ofício, suas motivações para chegar à instituição, etc.

Desta forma, meu interesse pelo campo da saúde mental seguiu após minha formação, o que me levou a buscar estágios e empregos na área. Até que me foi possível alguma aproximação com a rotina dos serviços na experiência, enquanto tutora de alunos do curso de enfermagem de uma universidade privada, em estágio em uma Unidade Integrada de Saúde Mental (UISAM).

Mas foi com a descoberta da linha de “Psicanálise em Saúde: interfaces com a clínica do sujeito”, no Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e

Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que tive consciência das peças que seriam essenciais para o meu mosaico. Com ela pude finalmente me aproximar desse peculiar saber da Psicanálise, que antes apenas tinha algumas pistas do que se tratava, como foi possível obter em alguns livros introdutórios, e em filmes que abordavam um pouco desse viés. No entanto, sabemos que entre elas não há encaixe perfeito, é necessário achar combinações.

É possível perceber, até esse ponto, que, ao longo do meu percurso, minhas escolhas foram movidas por situações que me causavam certa angústia e incômodo. Quando eu detectava esses sentimentos, em vez de recuar ou evitar, eu insistia em avançar. Foi o que me fez permanecer na Enfermagem e posteriormente gerou o ponto de identificação maior ao me deparar com o saber da Psicanálise. O contato com esta me fez entender um pouco desse movimento de tomada de escolhas as quais prestei-me. Elas apontavam para um desejo de saber, o que me causa um desejo inconsciente.

A psicanálise trouxe consigo inúmeras quebras de paradigmas, que rompem com o modelo hegemônico da ciência positivista, fazendo compreender quando nos deparamos com seus limites, como ao lidar com o sofrimento humano, uma dificuldade enfrentada que não é só minha, como de diversos profissionais de saúde. Como é comum vir de alguns o conselho: não se mostrar sensível, evitar se emocionar, buscar a neutralidade, acostumar-se.

Por essa razão, a aposta no saber da psicanálise decorre do lugar em que ela pode me oferecer na pesquisa, o que comumente é exortado pela ciência: o sujeito. Ou seja, quando sou capaz de colocar em minha pesquisa o meu desejo, a minha transferência com o objeto de estudo e, por fim, a possibilidade de lidar com a falta, o vazio de significação vinda do Outro nos discursos, bem como a minha própria falta – um mosaico sempre por se preencher.

Para trilhar esse caminho, buscamos delimitar o “objeto” de estudo, tratando-se do encontro com a impossibilidade e impotência do discurso biomédico e da enfermagem quando trabalhamos com mulheres em sofrimento psíquico com o abuso de benzodiazepínicos, sobre a necessidade de dar voz a esse sujeito e aceitar o saber não-saber.

Apresentamos como principal questão frente a essa problemática: O que leva os profissionais a realizarem uma frequente prescrição desses medicamentos?

Assim sendo, apresentamos enquanto objetivo geral: Analisar o discurso dos profissionais de saúde acerca do uso abusivo de drogas benzodiazepínicas entre mulheres. Para isso, os objetivos específicos compreendem: perceber quais as condições de produção

desse discurso que traduz as queixas recebidas na prática clínica em um fenômeno que requeira a prescrição de benzodiazepínicos; definir as formações discursivas que estruturam esse discurso; identificar quais os pontos de ruptura que apontam, nesse discurso, para aquilo que escapa a racionalidade científica; discutir os mecanismos da formação ideológica que sustentam os discursos dos profissionais de saúde acerca do abuso de benzodiazepínico entre mulheres.

Visando atender os objetivos, desenvolvemos a pesquisa que se estruturou em três capítulos. No primeiro capítulo, debatemos sobre o referencial teórico-metodológico da pesquisa, em que delimitamos sobre a especificidade da pesquisa em psicanálise e a possibilidade de articulação com a análise do discurso, também apresentando os passos dados durante o percurso metodológico.

No segundo capítulo, abordamos as condições de produção de discurso, realizando uma contextualização da problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos, discutindo desde a história da psiquiatria e a aliança com a indústria farmacêutica, em que houve grande expansão do uso de psicofármacos e suas consequências na sociedade e na abordagem clínica.

No terceiro capítulo, constitui-se no momento de contribuição mais original para a pesquisa, em que desenvolvemos a análise da produção discursiva dos profissionais de saúde frente à problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres. Nela realizamos a identificação das formações discursivas encontradas, em seguida das rupturas que comparecem nos discursos, e, por fim, após elaborar a articulação com o referencial da psicanálise, apresentar a formação ideológica que sustenta o discurso.

Assim, esperamos, com o presente estudo, suscitar discussões e reflexões, partindo de uma perspectiva de articulação entre os saberes da Psicanálise e da Análise do Discurso, para se pensar o que se encontra na base de uma prática clínica que se volta predominantemente para medicalização do sofrimento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: A PESQUISA EM PSICANÁLISE

O caminho que adotamos segue os preceitos da pesquisa em psicanálise. Apostamos no referencial psicanalítico por sua indissociabilidade com a prática clínica (CECCARELLI, 2012). Acreditamos, assim, que a articulação com a clínica de Enfermagem nos possibilitou trazer contribuições para ela, a exemplo dos trabalhos que já foram desenvolvidos em nosso grupo de estudo, o Laboratório de Psicanálise da UECE (LAPSU) (MARTINS, 2014; FEITOSA, 2013; CUNHA, 2012; LIMA, 2012; PAIVA FILHO, 2011).

Todavia, compreendemos de que não se tratou de uma fácil articulação entre o trabalho com o referencial da psicanálise e o contexto da clínica em enfermagem. Isso pelo motivo de que a enfermagem tem seu referencial pautado no saber científico e lida com um objeto de pesquisa diferente do proposto pela psicanálise. Por essa razão, realizamos, a seguir, uma breve discussão acerca destes dois saberes e suas possíveis comunicações.

Desde seu surgimento, no século XIX, a Enfermagem buscou se adequar ao conhecimento científico. No entanto, somente quando houve a ascensão do modelo biomédico, que teve como um de seus expoentes Abrahan Flexner, por meio de um relatório escrito, em 1910, essa profissão conseguiu firmar-se e formalizar-se enquanto ciência. Esse relatório foi responsável por reorientar as escolas médicas de todos os Estados Unidos, que por conseguinte tornou-se referência para todo o mundo, inclusive no Brasil.

O modelo flexneriano faz-se predominante até hoje, principalmente no âmbito hospitalocêntrico, evidenciando o discurso totalitário do paradigma científico para explicar a realidade, reduzindo sua complexidade. Como afirma Silva (2003, p. 53), na ciência “as metodologias acabam, não raro, conformando o objeto, substituindo o conteúdo, confirmando o que não foi demonstrado, simulando uma presença completamente ausente”.

A enfermagem, ao entrar no campo da ciência, consegue produzir grandes avanços para assistência ao paciente, com a construção de teorias de enfermagem, a estruturação do seu processo de trabalho que são embasados pelos manuais da NANDA, NIC e NOC – os mesmos possuem a finalidade de compreender a totalidade da experiência da clínica de enfermagem (NANDA, 2002).

No entanto, como alertado por Silva e Kirshmbaum (2008), há momentos em que a enfermagem se depara, no cotidiano de sua prática clínica, com problemas de saúde que estão expressos no corpo, porém sem “causa” aparente: feridas que não cicatrizam, dores sem

explicação fisiológica, entre outras. Nesse momento, sustentamos que nessas situações há algo que vai além do compreendido pela racionalidade científica.

2.1 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM

É nessa interface em que a psicanálise surge, da interseção entre a enfermagem e a ciência, onde são encontradas algumas lacunas, principalmente das que estão relacionadas com a subjetividade, que nos fazem questionar sobre o saber já estabelecido, principalmente sobre a questão da enfermagem tornar-se puramente científica.

A psicanálise trabalha justamente com aquilo que é deixado de fora pelo discurso da ciência: o sujeito (CALAZANS; NEVES, 2010). Entretanto, não podemos tomar o sujeito pelo sinônimo de “indivíduo” ou “pessoa”, como usualmente é confundido em nossa área.

Isso ocorre porque partimos de uma lógica fundamentada desde o nascimento da ciência moderna, representada principalmente pelas ideias do filósofo René Descartes, as quais definem o sujeito relacionado ao pensamento, como lugar da verdade: “Penso, logo existo”. Assim, quando falamos em sujeito ou indivíduo, ao pensarmos sobre sua constituição, sua substância, trabalhamos com uma concepção relacionada à ideia de unidade, por sua indivisibilidade.

Todavia, ao adentrarmos na discussão da psicanálise, devemos entender que o sujeito é o sujeito do inconsciente, noção desenvolvida pelo então neurologista Sigmund Freud (1856-1939), que viria a ser o responsável pela criação da psicanálise. O psicanalista observou que tudo o que se sucede na psique não pode ser apreendido totalmente pela consciência, há algo que escapa, que fica latente, que é inteiramente inconcebível para o sujeito (FREUD, [1915a] 2010).

Logo, para a psicanálise, o sujeito não tem substância, ele se manifesta na hesitação, na dúvida, entre isso ou aquilo, seu pensamento é barrado e o sujeito se encontra onde o pensamento está como ausente, é lá onde reside a sua verdade (QUINET, 2008).

O meio pelo qual temos acesso ao inconsciente é através da fala, pois, como formulou o psicanalista Jacques Lacan (1901-1981), ao fazer uma releitura da teoria de Freud, o inconsciente é estruturado pela linguagem. Tornando-se importante ressaltar que o homem não possui relação direta com a realidade, ela é inteiramente permeada e intermediada pelo

universo simbólico no qual ele se estrutura. Uma vez que, antes de vir ao mundo, já há um lugar na linguagem para esse sujeito, tornando-se seu servo (LACAN, 1957).

Nesse sentido, a pesquisa em psicanálise tem enquanto particularidade e o inconsciente como enfoque, isto é, sobre um saber que não diz respeito somente de vivências humanas da pessoa, mas enquanto um lugar de registro de uma verdade do sujeito, que é não sabida, porém bastante ativa e determinante (SILVA; KIRSCHBAUM; 2008).

Diferente das diversas pesquisas que estudam os sujeitos por sua condição social, nível de escolaridade, moradia, entre outros aspectos do seu contexto ou dados clínicos, a pesquisa em psicanálise se ocupa atravessando todos esses elementos que são generalizantes, considerando as questões singulares presentes nos discursos de cada sujeito: sua posição frente ao desejo, pontos de gozo, pontos de angústia, modos de funcionamento fantasmático, (des)organização psíquica (ELIA; ALBERTI, 2000)

Por essa razão, o que há de peculiar nas pesquisas psicanalíticas é a quebra com a necessidade de generalização, pois os pesquisadores não estão em busca de formar categorias, quantificar, produzir significados ou conceitos para enquadrar os sujeitos. O que importa são como os resultados podem modificar a maneira como o próprio pesquisador se posiciona em relação aos novos sentidos produzidos, (IRIBARRY, 2003).

Iribarry (2003) também ressalva, como uma singularidade da pesquisa em psicanálise, a valorização do significante (imagem material acústica) sobre a ideia ao qual está associada – o significado, na estratégia de análise. Visto que há um descolamento entre esses dois elementos da palavra, na qual os significantes não terão um sentido já constituído. Na verdade, eles serão engendradores de novos sentidos, de acordo com experiência de cada sujeito, operando em cadeia de significantes, produzindo associações de forma incessante (ELIA, 2004).

A exemplo de nossa prática clínica em enfermagem, por mais que estejamos usando do mesmo vocabulário do paciente, ele possui significações diferentes da nossa, por experiência de vida singular.

Quinet (2011) esclarece melhor ao citar o personagem de Guimarães Rosa, um sertanejo que foi chamado de famigerado por um senhor do governo, e como nunca tinha escutado essa palavra (ainda lhe era puramente um significante), ele começa associar sentidos para ela: “famisgerado... faz-me-gerado... falmisgeraldo... famílias-gerado?”. Quando a personagem consegue a significação do dicionário, é apagada a questão do sujeito para dar

lugar ao saber do outro. Assim, também ocorre quando, seja enfermeiro ou qualquer profissional de saúde, deixa de ouvir sobre o “farnizim”, “agonia no juízo”, “problema no nervoso”, dos pacientes para enquadrar todas as falas à um diagnóstico geral: “ansiedade”.

Nesse sentido, Freud (1912a) elaborou um importante método de análise, ao permitir que o sujeito fale tudo que se passa pela cabeça, sem censurar o conteúdo, nomeando esse processo de associação livre. Do lado de quem escuta, deve-se manter uma atenção flutuante, ou seja, que não deve ser privilegiado qualquer elemento, sua atenção deve ficar em suspenso. No entanto, há um movimento intencional nesse método, de achar pontos de resistência, onde ela era encontrada – onde há resistência, há sujeito.

No caso da pesquisa psicanalítica, é preciso se ater no discurso em identificar seus elementos operadores (temas, frases, palavras, interjeições, dentre outros), ou seja, os significantes conforme conceituados por Lacan (SILVA; KIRSCHBAUM; 2008). Ademais, é preciso ressaltar que esses significantes são destacados de acordo com a experiência do pesquisador, produzindo novas significações e novos sentidos para o texto trabalhado.

É somente através da fala, uma fala endereçada a um outro, que esse saber pode ser acessado. Portanto, deve-se permitir ao sujeito falar do que lhe acontece, tentar articular em palavras o que lhe acontece. Entretanto, não se trata de uma simples escuta, é fundamental que ocorra uma relação de transferência para que ocorra o processo analítico.

Essa relação sempre está presente quando o sujeito situa o analista/pesquisador em um lugar de importância, principalmente por supor que este detém algum saber sobre o que lhe acomete. Freud (1912b) afirma que esse fenômeno ocorre porque cada pessoa segue uma espécie de método próprio de conduzir-se em sua vida afetiva, ou seja, de relacionar-se com os outros, direcionando seus impulsos de amor

Apesar da transferência se estabelecer em qualquer situação de suposição de saber, a psicanálise vai propor uma posição específica quanto a ela. Não se trata de aproveitar os sentimentos positivos do paciente para fazê-lo aderir ao tratamento, por exemplo, o pesquisador que trabalha com esta ferramenta teórica deve se abster de ocupar esse lugar de saber (do especialista que já tem as respostas prontas para o paciente) para permitir que o próprio sujeito possa elaborar um saber sobre si (FREUD, 1912b). Ocorre que isso não é uma posição fácil de adotar.

Por essa razão, a prática da escuta, ao se basear na psicanálise, não tem o objetivo de reunir elementos para aconselhar ao paciente o que fazer. Também não é sustentada para

fazer julgamentos ao sujeito, nem se trata de um debate ou troca de opiniões. Assumir essa postura implica numa dimensão ética.

No entanto, o presente estudo visou voltar-se para os profissionais de saúde que trabalham com esses pacientes, por serem sujeitos que lidam com as diversas atribuições dos serviços de saúde, compreendendo o saber cientificamente elaborado que determinam as rotinas, os protocolos, as diretrizes clínicas e outras estratégias para tratar e prevenir doenças, bem como minimizar o sofrimento humano.

Porém, como Vieira (2016) atenta, o que não se encaixa a esses modelos de saúde, o que não pode ser objetificado, é descartado. Esse resto corresponde, por exemplo, ao considerado oposto à saúde: a morte, o sofrimento, a depreciação do corpo, os desejos suicidas, entre outros. Todos profissionais passam a lidar com esses fenômenos quando se inserem na Atenção da Saúde, porém nem sempre encontram, na racionalidade do discurso científico, um amparo.

2.2 A ANÁLISE DO DISCURSO EM SUA INTERSEÇÃO COM A PSICANÁLISE

Destarte, questionamos como, então, interrogar-nos sobre esse “resto” que escapa a racionalidade científica no discurso dos profissionais de saúde?

Em suma, não nos interessa aqui realizar uma hermenêutica a fim de trazer a fala dos profissionais para formular significados, chegando, assim, a uma suposta “verdade” última. Gostaríamos, antes, de causar rupturas nas palavras, para extrair delas o seu fundamento.

Foi assim que chegamos a escolher trabalhar com o referencial da análise do discurso embasado pela corrente teórica francesa, tendo Michel Pêcheux (1938-1983) como principal referência. Por ser um método em que confiamos ter maior compatibilidade com a especificidade do presente estudo e seus objetivos, visto que o mesmo é atravessado pelo saber da psicanálise em sua constituição, como veremos a seguir.

A Análise do Discurso (AD) adota uma noção de linguagem que situa o sujeito enquanto um ser que fala, concebendo uma realidade que o cerca simbolicamente. Portanto, quando tomamos o discurso do sujeito, é necessário considerar que o sujeito é permeado por aspectos de historicidade, ideologia e relações de poder, por exemplo.

Consoante Gomes (2007), a AD compreende a comunicação não enquanto forma mecânica, linear, como mera transmissão de informação. O mesmo autor ressalva que todos os sentidos possíveis não são expressos na fala explícita, desse modo, a necessidade da compreensão de seus equívocos e deslizamentos – falhas, lapsos, silêncios – para constituição do sentido, ou seja, busca também entender os conteúdos implícitos, inconscientes e ideológicos.

No entanto, considerando que existe uma ampla produção sobre AD, houve uma ramificação em duas de suas correntes fundamentais com perspectivas divergentes: a anglo-americana, que tem como principais representantes, Austin, Grice, Goffman, Garfinkel e Labov; e a francesa, tendo como principais expoentes Pêcheux e Foucault (TEIXEIRA, 2005).

Elas diferenciam-se especialmente pelo modo como cada uma interpreta o sujeito e sua relação com a linguagem. A corrente anglo-americana, por exemplo, toma o sujeito como exterior à linguagem e sendo capaz de ter seu pleno domínio. Na corrente francesa, o sujeito não se encontra dissociado da linguagem, além da última não possuir transparência. Contudo, Foucault e Pêcheux também seguem diferentes caminhos, o primeiro se atém a análise linguística do discurso e sua concepção de sujeito não é atravessado pela psicanálise e materialismo histórico como a análise pêcheutiana (TEIXEIRA, 2005).

Por fim, escolhemos a AD segundo Pêcheux por sua proposta metodológica causar uma ruptura com o caráter científico, pois deixa de corresponder ao que se encontra em evidência, possível de ser quantificável e universalizável, para centrar-se ao que não se encontra explícito

Isso ocorre porque sua corrente se ancora na tríplice aliança: Marx-Freud-Saussure. É através desses teóricos que Pêcheux formula “um quadro epistemológico em que figura o *materialismo histórico*, seguido da *linguística* e da *teoria do discurso*, as três regiões atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade de natureza psicanalítica” (TEIXEIRA, 2005, p. 25).

Sua interface com a psicanálise irá incidir principalmente sobre as consequências da AD, tanto em seu campo teórico, quanto nos procedimentos de análise. Esse enlace ocorre especialmente na considerada terceira fase de seus trabalhos, em que seus desenvolvimentos teóricos se voltam para o discurso pelo caminho da heterogeneidade enunciativa, ou seja, de “um discurso de um outro, colocado em cena pelo sujeito, ou discurso do sujeito, colocando-se em cena como um outro” (TEIXEIRA, 2005, p. 27). Isso se deve a leitura realizada por

Pêcheux da psicanálise lacaniana evocando como principal a noção de grande Outro¹ para AD.

Essa noção diz sobre a dimensão, como já foi mencionada anteriormente, que considera o sujeito como possuidor de um lugar reservado na linguagem que o antecede. Diz respeito, geralmente, às histórias contadas de geração em geração, o nome escolhido pelos pais e o que eles planejam para seu futuro. Toda essa gama de elementos antecede e delimita, de certa forma, o mundo no qual o sujeito está por vir. Em meio à luta pela sobrevivência, é no outro (seja a mãe, o pai, os irmãos, quem o acolhe em seu desejo) que irá captar os significantes para nomear sua fome, sua sede, seu medo e seu desejo. Sendo assim, podemos afirmar com Lacan que nascemos alienados a tudo isto que nos precede, a isto que ele deu o nome de “Outro” (Lacan, 1960).

Pêcheux toma emprestado essa concepção, enfocando, na perspectiva simbólica, a alienação total do sujeito à estrutura. No entanto, ao se deter a essa assertiva, o sujeito passa a ser um mero produto, subjugado da linguagem, entre uma forma discursiva e outra, não restando outro lugar a não ser de reprodução (TEIXEIRA, 2005).

A psicanálise, por outro lado, defende que o sujeito não é só reprodução, não é somente falado, há uma revelia, algo que escapa aos discursos já construídos, da ordem do desejo do sujeito, que produz certas rupturas, equívocos, lapsos, chistes, produzindo renovações linguísticas. É através do interdito que podemos nos amparar para trabalhar com os ditos que escapam ao dizer, frente à questão, o que faz uma pessoa dizer uma coisa e não outra?

Por essa razão, é possível realizar mais articulações entre a psicanálise e a AD, como a proposta por Tfouni (2006), ao construir o conceito de interdito como fundador do discurso. O autor argumenta que o sujeito fala a partir de discursos historicamente construídos. No entanto, a sua posição frente a esses discursos não lhe será algo transparente, ou seja, sua verdade enquanto sujeito não lhe será acessível. Ele não vê a realidade de sua posição, por essa razão é alienado, dividido entre os discursos. Por isso, afirma-se que o interdito trata do sujeito que comparece fora do discurso.

Nesse sentido, é preciso frisar que todos os discursos são incompletos, assim como a noção de incompletude do sujeito, vem a ser articulada com a noção de repetição em Lacan, pois, se uma vez o objeto foi perdido, o sujeito tenta alcançá-lo pela palavra. Mas,

como nenhum discurso é completo, por isso o sujeito se vê obrigado a repeti-los, para que possa expressar sua verdade (TFOUNI, 2006).

Orlandi (1992), por sua vez, defende que o silêncio seria uma partícula fundadora de discursos, pois nele residiria a incompletude da linguagem, que por trás de todo dito há um não dizer. Em contrapartida, Tfouni (2006) afirma que o silêncio assumiria a condição de “vir-a-ser do discurso”, longe de ser um vazio ou um reservatório de coisas, ele significa.

Retomando ao que diz respeito sobre o interdito, se por um lado existe a tentativa de silenciar, por outro, há a tentativa de revelar: “o discurso se alonga, se desenrola, ora para silenciar, ora com momentos preciosos onde o enunciatário aparece através de significantes” (TFOUNI, 2006, p. 133). Tomamos, assim, enquanto suporte, essa possível articulação entre psicanálise e AD para analisar os discursos sustentados pelos profissionais de saúde, focando especialmente onde escapam a condição de sujeitos para lidar com mal-estar das mulheres que fazem uso abusivo de benzodiazepínicos.

2.3 PERCURSO METODOLÓGICO

a) Sujeitos da pesquisa – Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais enfermeiros e médicos que atuam nas unidades pesquisadas. A escolha deve-se pelo papel ocupado pelos médicos nos serviços de saúde, por ser responsável pela prescrição das receitas dos medicamentos controlados, inclusive os benzodiazepínicos, tendo um certo protagonismo nas lógicas dos serviços de saúde. No que diz respeito aos enfermeiros, os reconhecemos em seu lugar de elo entre o paciente, o serviço de saúde e o próprio médico, muitas vezes sendo o responsável pela entrega dos medicamentos e a orientação acerca de seu uso como os profissionais que atuam nas salas de dose supervisionada.

Em virtude do presente estudo fazer parte de um projeto maior, aprovado e financiado pelo PPSUS-CE FUNCAP, a execução da pesquisa que foi iniciada desde o segundo semestre de 2014, nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Fortaleza-CE.

Apesar da pesquisa em psicanálise e o método de análise do discurso não se preocupar com o aspecto quantitativo dos sujeitos do estudo, consideramos que o município de Fortaleza se divide em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), inicialmente estimamos uma representação mínima de um profissional de cada área por uma instituição

CAPS e UBS de cada secretaria, totalizando 24 profissionais. No entanto, devido a algumas instituições não terem permitido acesso, alguns profissionais terem se negado a participar ou não corresponderem ao critério de inclusão, participaram efetivamente da pesquisa 18 profissionais (APÊNDICE A).

Foram utilizados enquanto critérios de inclusão: atender pacientes usuários de drogas benzodiazepínicas; atuar na respectiva unidade por período igual ou superior a 06 meses. Como critério de exclusão: estar institucionalmente afastados de suas atividades profissionais.

b) Produção dos dados – Foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas abordando a percepção dos profissionais de saúde acerca do uso abusivo de drogas benzodiazepínicas entre mulheres na atenção à saúde (APÊNDICE B).

As entrevistas foram registradas por um aparelho de gravador e em seguida, realizada sua transcrição e, por fim, armazenadas em Documento Word sob a guarda da autora da pesquisa.

c) Procedimentos éticos – O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, atendendo a Resolução 466/12 – que estabelece a regulamentação para a pesquisa com seres humanos, sendo aprovada com o parecer nº 690.266 (ANEXO A).

Durante a realização das entrevistas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos entrevistados solicitando a permissão para gravar os seus discursos, todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e, acima de tudo, assinaram, sem exceção, o TCLE.

d) A análise dos dados – Tomando o processo de AD sistematizado por Orlandi (2005) são definidas três etapas para sua execução:

1ª Etapa	Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo	Texto (Discurso)
2ª Etapa	Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo	Formação Discursiva

3ª Etapa	Constituição dos processos discursivos	Formação Ideológica
----------	--	---------------------

Para o início do processo de análise dos dados, adotamos a primeira etapa da AD durante as transcrições das entrevistas, em que se atenta para a passagem da superfície linguística (o material empírico bruto), de modo rigorosamente fidedigno, para objeto discursivo. Foram considerados a marcação de tempo de fala, todos os elementos linguísticos, que incluem desde as palavras e os recursos linguísticos às partículas linguísticas normalmente desconsideradas pela análise de conteúdo e até mesmo por alguns pesquisadores que trabalham com a AD (GOMES, 2007). Como, por exemplo, seriam descartadas as contrações como “né”, “tá”, “é”, “ahhhh...”.

A segunda etapa foi aplicada ao realizar a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo. O que consiste na operacionalização de sucessivas leituras do material que estejam vinculadas ao contexto social e histórico, adotando assim uma dialogicidade com a soma dos fatores internos e externos ao sujeito que a produz, em sua individualidade (GOMES, 2007). Portanto, nesta fase, procurou-se analisar as formações discursivas, que vão além do que aparentemente está explícito, que podem ser identificados como dispositivos analíticos (dentre eles a paráfrase, polissemia, interdiscurso, metáfora) (GOMES, 2006).

A paráfrase diz respeito à matriz de sentido da linguagem em suas diversas manifestações, tratam-se de discursos já estabelecidos presentes na fala do entrevistado, em que seus elementos se repetem.

A polissemia contrapõe-se à paráfrase, sendo definida pelo deslocamento, que provoca uma ruptura na continuidade da paráfrase. Quando o enunciado passa a ter vários sentidos, causando um equívoco, o diferente.

No interdiscurso, há a elaboração pelo sujeito em fazer uso de outros discursos de acordo com sua aproximação com os mesmos, demarcando também como se posiciona ideologicamente. Constitui-se como a “memória do dizer”.

A metáfora é o elemento semântico que causa deslizamentos dos sentidos entre palavras e expressões, gerando, assim, as polissemias. É uma palavra que toma o lugar de outra através do mecanismo de transferência.

Sucedendo as identificações desses dispositivos analíticos, foi possível construir uma análise que apontaram para as formações discursivas como também sobre a dimensão do não-dito, em que abordamos os pontos de ruptura encontrados nos discursos. Nesse momento,

nos detemos a um momento de grande contribuição entre a AD e a psicanálise, pelas mesmas se interessarem pelo que vacila no discurso, por deixar se revelar algo do sujeito do inconsciente. A partir desses pontos encontramos subsídios para avançar para última fase.

Ao chegarmos, por fim, na terceira e última etapa do processo da AD, aquela destinada, segundo Pechêux, à análise da formação ideológica que sustenta determinado discurso, resgatamos o significado moderno do termo “Ideologia”, empregado para qualquer espécie de análise filosófica, mas tratando-se de uma doutrina duvidosamente destituída de validade objetiva, porém conservada pelos interesses claros ou ocultos dos que a utilizam.

Com Marx, passa a ser através da ideologia em que se torna possível analisar do processo social de trabalho, ao afirmar que as crenças religiosas, filosóficas, políticas e morais dependiam das relações de produção e de trabalho, na forma como estas se constituem em cada fase da história da economia. (Abbagnano, 2007)

Em seu livro “Mapa da Ideologia” (1996), Zizek aponta para o engodo em que se cai ao tomar o conceito de ideologia como sinônimo de mentira. Na verdade, um discurso que se pretenda a-ideológico é o paradigma maior da própria ideologia, pois todos os discursos possuem, em suas condições de produção, um suporte ideológico. Ou seja, dizer-se “sem ideologia” é, de fato, a maior das ideologias, pois tenta naturalizar um fato como destituído de interesses prévios. É nesse contexto que a AD vai entender o conceito de ideologia, a partir dos estudos de Michel Pechêux. Para Zizek (1996), o trabalho deste autor

[...] centra-se nos mecanismos discursivos que geram a “evidência” do Sentido. Ou seja, um dos estratagemas fundamentais da ideologia é a referência a alguma evidência — “Olhe, você pode ver por si mesmo como são as coisas!” ou “Deixe os fatos falarem por si” talvez constituam a arqui-afirmação da ideologia — considerando-se, justamente, que os fatos nunca “falam por si”, mas são sempre levados a falar por uma rede de mecanismos discursivos. Basta lembrar o célebre filme antiaborto intitulado O grito silencioso — ali “vemos” um feto que “se defende”, que “grita” e assim por diante, mas o que “não vemos”, nesse ato mesmo de ver, é que estamos “vendo” tudo isso contra o pano de fundo de um espaço discursivamente pré-construído. A análise do discurso talvez mostre seu ponto mais forte ao responder precisamente a essa questão: quando um inglês racista diz que “há paquistaneses demais em nossas ruas!”, como — de que lugar — ele “vê” isso; ou seja, como se estrutura seu espaço simbólico para que ele possa perceber como um excesso perturbador o fato de um paquistanês andar por uma rua de Londres? Em outras palavras, devemos ter em mente aqui o lema de Lacan de que no real não falta nada: toda percepção de uma falta ou de um excesso (“não há o bastante disto”, “há demais daquilo”) implica sempre um universo simbólico (p. 17).

Logo, Carvalho (2008) aponta que o sujeito é inicialmente interpretado por Pêcheux como “preso na rede” simbólica, revelando seu aprisionamento, ou melhor, em um assujeitamento à ideologia. Se tomarmos a ideologia como rede simbólica, podemos perceber que Lacan também parte em seus estudos sobre o estruturalismo de uma tal definição, onde a estrutura dá conta do que se pode dizer do sujeito. Nesse ponto, é preciso resgatar o conhecido axioma de Lacan: “o significante é o que representa o sujeito para outro significante”. A partir dessa frase, compreendemos que o sujeito está situado no intervalo da cadeia significante, portanto na alienação do sujeito ao discurso do Outro, ou seja, na dominação ideológica.

No entanto, essa subsunção do sujeito a uma nova alienação (já que toda sua elaboração acerca do simbólico já era uma crítica à alienação imaginária), coloca problemas para o projeto lacaniano de reinvenção da psicanálise. Como afirma Sales (2007, p. 221):

[...] é preciso ver o quão temerária é essa forma de pensar a determinação do significante sobre o sujeito na medida em que o fato de localizar sua presença como dejetos da cadeia significante decreta imediatamente o seu simples e total desaparecimento. Então, se o sujeito surge inicialmente, na fase estruturalista, como produto metafórico, aí não pode permanecer.

A partir da década de 60, Lacan avança progressivamente rumo a abordagem de um ponto onde a estrutura é “furada” e onde a ordem simbólica se mostra incapaz de suturar uma fenda. É no espaço dessa hiância que a possibilidade de separação, de des-alienação do Outro simbólico, comparece:

Digamos que isso que cai, que passa por debaixo da barra na própria experiência de alienação do sujeito e que parasita a linguagem, faz surgir como achado alguma outra coisa. [...] É em torno desse elemento que podemos situar a causa do que falha do lado do sujeito. Isso que sempre falha, revela o real do inconsciente como irreduzível à ideologia, isso é, como um resto inassimilável à própria experiência inconsciente da alienação do sujeito ao discurso ideológico. (CARVALHO, 2008, p. 130)

Essa concepção perpassará a terceira fase da AD, caracterizada por trazer para a cena aquilo que escapa aos ditos, abrindo, assim, espaço para uma discussão com a psicanálise e com seu objeto, o inconsciente.

Encontramos uma possibilidade de articular a noção de ideologia com inconsciente a partir das próprias elucubrações de Lacan:

[...] essa espécie de estrutura que designo como termo discurso, isto é, aquilo pelo qual, pelo efeito puro e simples da linguagem, se precipita um laço social. Isto foi percebido sem necessidade da psicanálise. É exatamente o que chamamos, em linguagem corrente, ideologia (LACAN, 1971-1972, p. 96).

A estrutura da qual o psicanalista trata diz respeito às posições em que os sujeitos se revelam nos discursos, considerando que todo discurso sempre se trata de uma dominação sob o outro. No entanto, afastando-se das leituras sociológicas que entendem essa dimensão da alteridade como extrínseca ao sujeito, a psicanálise permiti-nos perceber o quão próximos estamos dessa alteridade de quem buscamos nos defender. Esperamos desenvolver essa argumentação mais adiante, quando analisarmos o material deste estudo.

Assim, optamos por seguir nesse estudo um caminho que vai aproximar a “formação ideológica” daquilo que a psicanálise aponta como sendo o que fica recalcado no discurso e que retorna nas formações do inconsciente.

3 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DE DISCURSO: O ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ABORDAGEM DO MAL-ESTAR

*“Ópios, édens, analgésicos
Não me toquem nessa dor
Ela é tudo o que me sobra
Sofrer vai ser a minha última obra”
(Paulo Leminski)*

Buscando novamente a colaboração dos artistas, Leminski nos ajuda a refletir sobre a existência e o tratamento com o sofrer e a dor. É importante ressaltar como sua significação sofreu transformações de acordo com cada época, mudando, por sua vez, as suas formas de enfrentamento.

Em sua obra, “Expropiação da saúde: Nêmeses da Medicina”, Illich (1975) demarca a separação entre corpo e alma, propagado por Descartes, como o início da luta contra a dor, retirando qualquer interpretação metafísica. Desde então, a sociedade contemporânea se ocupa em descartar do sofrimento

[...] seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. O sofrimento cessa então de ser aceito como contrapartida de cada êxito do homem na sua adaptação ao meio e cada dor se torna sinal de alarma que apela para intervenção exterior a fim de interrompê-la (ILLICH, 1975, p. 104).

Assim, o autor afirma que o processo de medicalização se funda sobre esse pressuposto, em tomar a dor e o sofrimento como sempre oriundo do orgânico. Uma regra que estendeu inclusive para as doenças mentais, firmada na decisão da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1974, em considerar a saúde mental com base nos mesmos parâmetros epidemiológicos da saúde orgânica (CALAZANS; LUSTOZA, 2008). Para compreender melhor sobre esse processo, faremos um breve relato sobre a constituição da clínica moderna e o percurso da psiquiatria, a área da medicina incumbida por tratar do sofrimento psíquico, adequar-se aos moldes científicos.

3.1 A PSIQUIATRIA NA CLÍNICA MODERNA

No “*O Mal-estar da Civilização*”, Freud (1930) discorre sobre as três principais fontes de sofrimento humano: o primeiro advindo do próprio corpo, que está fadado ao envelhecimento e a morte; o segundo no que diz respeito às forças inexoráveis do mundo externo que nos ameaçam constantemente, sejam elas vindas da natureza, da sociedade ou do ambiente em si; e, por fim, o sofrimento fonte das relações que mantemos com os outros humanos.

A sociedade contemporânea se paramenta de diversas formas para barrar o mal-estar humano, de modo que inúmeras conquistas se deram através do conhecimento científico. Esse último foi responsável em grande parte por diversas descobertas que promoveram uma enorme melhora na qualidade de vida da civilização nos últimos séculos.

Foram aplacados, em grande parte, os dois primeiros tipos de sofrimento citados por Freud, seja pela forte dominação do meio em que vivemos (controle da natureza, habitações, regras sociais), como também o domínio cada vez maior sobre o corpo. Especialmente pelo âmbito da Medicina, através da qual obteve-se mais meios de adiar a morte, aumentando a expectativa de vida; pela eliminação e controle de diversas doenças, inclusive epidemias que dizimavam multidões.

Muitos desses avanços ocorreram por razão da adesão do saber científico com a Medicina, entre o final do século XVIII e início do século XIX, da qual firmou-se a Clínica Moderna. Essa aliança é tratada na narrativa de Foucault (2008), em sua obra “Nascimento da Clínica”, ao traçar o percurso de como a medicina se alia ao método científico e muda seu olhar.

O autor discorre, por exemplo, de como a transformação da clínica moderna não se trata de uma progressão histórica linear das descobertas da ciência, mas mudanças na maneira de ver e entender, do olhar e da linguagem à clínica. Quando passa de uma medicina classificatória, que toma a doença de acordo com as manifestações e sintomas observados no paciente, para uma medicina anatomo-clínica, que distingue a doença pelas lesões encontradas nos tecidos dos órgãos. Assim, o espaço da doença tornou-se limitado às massas materiais do corpo, sem profundidade ou desenvolvimento, passando por uma simples classificação, padronização e generalização, como se ela existisse em apenas um instante ou plano sem conexão com o indivíduo portador ou seu modo de viver.

Logo, tornaram-se esquecidos os valores da medicina antiga, na qual o saber que o indivíduo tinha sobre sua doença era assimilado ao seu processo de cura. A sua personalidade possuía um valor de matriz diagnóstica essencial, baseada na teoria dos humores (sanguíneo, biliar, melancólico). No entanto, com a mudança para o paradigma científico, a personalidade passa a ser um obstáculo, fonte de imprecisão, que dificulta o acesso purificado e translúcido para saber clínico (DUNKER, 2011).

Portanto, pode-se compreender a dificuldade excepcional no caso da psiquiatria para legitimar-se como ciência. Enquanto as demais especialidades adequaram-se facilmente às evidências cartesianas, a psiquiatria, ao tomar como objeto de estudo a mente e o sofrimento da ordem psíquica, não poderia limitar-se ao olhar anatomopatológico. De modo que as formas de loucura não eram expressas apenas no corpo pela dor ou funções orgânicas descompassadas (como afasias, paralisias, etc.), elas passam essencialmente pelo uso da linguagem (DUNKER, 2011).

Pelo agente etiológico ser invisível e a classificação das doenças mentais claudicante, a psiquiatria sustenta sua prática pelas suas formas de tratamento. Os psiquiatras no século XIX, por exemplo, realizavam práticas de controlar os comportamentos dos pacientes pela manipulação de determinadas substâncias, como ópio, para tratá-los. No entanto, os resultados não chegavam à cura, apenas à dependência.

Somente com a revolução farmacêutica, a partir dos anos 50, com o surgimento dos primeiros psicotrópicos, as práticas da psiquiatria frente à loucura mudariam radicalmente. Com eles puderam ser abandonados meios bárbaros de tratamento que predominavam anteriormente, como as camisas-de-força e uso de eletrochoque, bem como causou a evacuação dos manicômios, conferindo-se em uma liberdade propiciada ao indivíduo para reintegrar-se na sociedade (ROUDINESCO, 2000).

As primeiras drogas, como a clorpromazina, foram voltadas para o tratamento da psicose. Em seguida, com muita efervescência, foram recebidos outros tipos de drogas, dessa vez para tratar casos além da categoria da psicose, como a imipramina, na classe dos antidepressivos, e depois os benzodiazepínicos, enquanto ansiolíticos (LAURENT, 2004).

Com essas novas substâncias, a psiquiatria amplia seu público, não se restringindo mais ao tratamento da loucura, alcançando o público geral, se propondo a combater o mal-estar que afligia o homem moderno em seu cotidiano, a sua dor de existir. Esse movimento firmou-se através da aliança entre laboratórios das indústrias farmacêuticas e a neurologia, os

desenvolvimentos dessas áreas ajudaram a assentar o estatuto de ciência à psiquiatria, que agora poderia fornecer causas orgânicas (falta de serotonina, excesso de dopamina) ao sofrimento de ordem psíquica da população (PELEGRINI, 2003).

É possível observar a mudança que ocorreu – apontada por diversos autores (GUARIDO, 2007; DUNKER; NETO, 2011; AGUIAR, 2004), no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – antes e após a revolução farmacêutica. Sua primeira versão, produzida nos EUA, em 1952, possuía influência de conceitos psicanalíticos, com categorias de diagnósticos como neurose e psicose. A partir de sua terceira versão, o DSM-III, em 1973, causaria uma profunda transformação na psiquiatria, rompendo completamente com a psicanálise e psiquiatria clássica.

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso americano, que desacreditava o National Institute of Mental Health (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976, e, sob a influência do instituto, o Congresso foi persuadido a declarar os anos 1990 como ‘a década do cérebro’ (AGUIAR, 2004, p.42).

Esse manual conseguiu produzir grande impacto internacional, sendo traduzido em mais de 20 idiomas, seu sistema de diagnósticos descritivos-terminológicos, compostos por os considerados transtornos mentais que exigem certa quantidade de sintomas para serem nominados, assim, estimulou e regulamentou uma prática psiquiátrica baseada em uma pesquisa empírico-experimental (GUARIDO, 2007; DUNKER; NETO, 2011; AGUIAR, 2004).

Também é necessário ressaltar a multiplicação de diagnósticos, desde a primeira versão, de 1952, correspondiam a 106 distúrbios mentais, para a última versão do manual lançada em 2013, o DSM-V, com mais de 300 diagnósticos. Quinet (2002) ressalva que esse exacerbado número de diagnósticos refletem uma necessidade dos psiquiatras em constituir uma língua comum, relativo a um esperanto, a fim de eliminar os mal-entendidos da própria comunicação. Assim, acabam por tornar manual um instrumento de descrição para delimitar uma linha tênue entre saúde e transtornos, que, segundo o autor, qualquer um, inclusive o

próprio psiquiatra, se dispondo a diagnosticar-se com franqueza, poderia ser enquadrado em muitos números que lhe cabem.

Nesse sentido, Aguiar (2004) aponta o deslocamento de foco da psiquiatria do tratamento de casos de sujeitos singulares para o tratamento de transtornos universais. Pois antes havia uma ênfase na análise do sujeito considerando sua singularidade, posteriormente passa a voltar-se para o tratamento de casos, que são constituídos pela comparação de como se apresentam os sintomas.

3.2 A PSIQUIATRIA E A PRODUÇÃO CAPITALISTA

Universalizar o sofrimento através das categorias dos transtornos, consoante Rosa e Winograd (2011), é uma forma de enfrentamento ao mal-estar que vivemos atualmente na cultura. Essa prática é complementada por uma ideologia de saúde pautada no bem-estar, baseada no próprio conceito da Organização Mundial de Saúde², que toma como parâmetros a normalidade em oposição ao patológico. Os autores frisam, ainda, que a normalidade, é determinada de acordo com cada época e local, a partir do que é captado quantitativamente. Essa normalidade expressa a extensão e exibição da norma, provando uma comum raiz do princípio da normalização e a normatização. Para Rosa e Winograd (2011, p. 42),

[...] o projeto de naturalização do psiquismo atende a uma demanda de normalização da subjetividade humana e permite, ou pelo menos promete, uma possibilidade de controle de aspectos cada vez mais elementares da vida, como, por exemplo, o mal-estar subjetivo. O processo de medicamentação do mal-estar psíquico tornou-se peça fundamental de um mecanismo de poder sobre a vida próprio do contemporâneo, em que os valores de autonomia e eficácia prevalecem na constituição das subjetividades.

Os autores apontam que este poder sobre a vida dos indivíduos corresponde a um interesse do projeto da política de economia neoliberal, que começou a se voltar para o corpo do trabalhador enquanto produtor e consumidor não só das demandas monetárias, mas também psíquicas.

É possível observar na história mudanças nas sociedades ocidentais, entre elas a tendência ao pensamento individualista. Foi conferida uma maior autonomia ao indivíduo, para responsabilizar-se por seu próprio bem-estar, seu capital humano. No entanto, a indução

de sempre apresentar um saldo positivo, ordenado pelo imperativo “goze” ou “sorria, você está sendo filmado”, não o tornou livre do mal-estar, pelo contrário, o fez mais carrasco.

Começa a se apresentar a necessidade de identificar e corrigir os déficits de satisfação. O discurso capitalista estrutura-se dentro desses ideais, em não permitir espaço para o sofrimento, fazendo que o sujeito busque formas de barrá-lo a qualquer custo, propondo manuais de autoajuda, utilizando dos diversos meios como a televisão, religiões, ciências, organizações humanitárias, etc. (ROSA; WINOGRAD, 2011).

Segundo Quinet (2002), o discurso capitalista, tem como principal mecanismo fazer com que o sujeito não tenha sua relação centrada com o outro, mas com objetos de consumo rápido e fácil, na promessa de se obter prazer e realização: obter um automóvel, um aparelho de celular de “última geração”. Porém, o autor ressalva que essas relações são sempre insaciáveis e descartáveis, levando à decepção e tristeza. Esses objetos de consumo sempre se colocam no lugar de anular toda a questão sobre o desejo do sujeito.

O psicotrópico surge como um desses objetos quando a psiquiatria entra no discurso capitalista enquanto um dos principais amortecedores de sofrimento de nossa época. Capazes de atuar sobre as funções psicológicas, alterando o estado mental do indivíduo, essas drogas foram popularizadas com a promessa de solução “mágica” para o sofrimento de ordem psíquica, foram fortemente cortejadas pela publicidade e promovidas por interesses econômicos (QUEIROZ NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

Silveira, Martins e Rodrigues (2015) salientam que o grande êxito na expansão do consumo dos benzodiazepínicos está relacionado com essa aliança entre a medicina científica e o modo de produção capitalista. Graça às suas funções hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes, esses medicamentos constituem uma classe de psicofármacos direcionados para o tratamento de transtornos de ansiedade. A despeito de sua grande eficácia e baixa nocividade divulgada, foi estimulado e popularizado seu consumo, tornando-se voraz a prescrição para todo sofrimento de ordem psíquica.

Assim, consoante as autoras, essas drogas conseguem atender aos interesses capitais em realizar a manutenção de um corpo sadio para produção capitalista, que não demonstre mal-estar, como também serviu à indústria farmacêutica, por revelar-se uma “mina de ouro”, tornou-se a medicação mais consumida do mundo, por seu baixo custo e público cativo.

3.3 MEDICALIZAÇÃO E IATROGENIA

É preciso ressaltar a falta de concordância sobre o termo “medicalização” na literatura. Podem ser encontrados autores que tratam o termo como sinônimo do uso exacerbado de medicamentos na sociedade (GUARIDO, 2007; AGUIAR, 2004). No entanto, o termo medicalização surgiu desde o final da década de 1960, referindo-se à apropriação crescente da medicina das experiências e comportamentos de vida do homem (GAUNDEZI; ORTEGA, 2012).

Esse processo se tornou cada vez mais presente em nossa vida cotidiana, o que é fácil de constatar, não apenas através do uso de medicamentos, que ganharam novas classes ao longo das décadas, como também a utilização de novos exames diagnósticos, novas técnicas e materiais cirúrgicos e novas áreas de pesquisa (como genética, imunologia, virologia, etc.) (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p.3617).

Por essa razão, evocamos algumas das críticas feitas por Illich (1975) à Medicina Moderna, que até a atualidade se mostram bastante contundentes. Sua principal crítica diz respeito que a medicina institucionalizada se constitui numa ameaça à saúde, ou seja, gera iatrogênese. Essa última é um termo composto de palavras gregas, *iatros* (médico); *genesis* (origem), ou seja, doenças que surgem pelo tratamento médico aplicado, em um sentido mais amplo, todas as condições clínicas dos quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos (ILLICH, 1975).

Assim, o autor denuncia três tipos de iatrogenia correntes na sociedade: as iatrogêneses clínicas, que dizem respeito aos danos ocasionados pelo uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica. Há também uma iatrogenia social, que corresponde ao impacto social da medicina que altera as relações do indivíduo e seu meio, causando perda de autonomia e ação, tornando-se passivo e dependente da autoridade médica. E, finalmente, o efeito da iatrogenia cultural, em que o homem tem seu potencial cultural afetado para lidar com os processos inerentes da vida, como a enfermidade, a dor e a morte.

Os principais efeitos colaterais desses processos iatrogênicos também são abordados por Carvalho e Dimenstein (2003), tratam da estimulação de uma postura passiva do paciente frente o que provoca o seu sofrimento, impossibilitando-os de usar seus próprios recursos. Segundo os autores, no que diz respeito ao fenômeno específico do uso de benzodiazepínicos,

[...] é possível que os ansiolíticos transformem-se em um verdadeiro ópio social, mascarando os sintomas emocionais, enquanto o contexto social continua inalterado, ou generalizando diferentes distúrbios e protelando o diagnóstico correto da doença subjacente (ibidem, 2003, p.43).

Os autores reforçam que enquanto parte do fenômeno do movimento de medicalização, influenciado pela lógica capitalista de mercado e visão mecanicista, os medicamentos são tomados como mercadoria a serem consumidos para gerar lucro, dentre as principais consequências, é a intensificação da dependência.

Dessa forma, é constatado um potencial risco iatrogênico existente na rotina de diagnóstico e tratamento da saúde mental das mulheres que fazem uso desse medicamento (OLIVEIRA; AGUIAR; CAVALCANTE, 2011).

Foi a partir dos anos 70 que começaram a ser evidenciados os casos de uso abusivo de benzodiazepínicos, pelo desenvolvimento de dependência química para os que faziam uso prolongado do medicamento. Muitas vezes, por consequência do aumento da dose, pois também foi observado o surgimento de tolerância à droga, ou seja, quando seus efeitos reagem menos no corpo, necessitando de uma maior dosagem para se obter o mesmo efeito. Aos que interrompem o uso abruptamente, há a ocorrência de síndrome de abstinência, caracterizada por sintomas de cefaleia, dores musculares, ansiedade extrema, tensão, inquietação, confusão e irritabilidade (SILVA; BATISTA; ASSIS, 2013).

Devido ao mal uso dos benzodiazepínicos, essas drogas passaram a constituir uma grande preocupação para a saúde pública, por apresentarem as mesmas complicações das drogas ilícitas. A partir de estudos sobre estas condições, nestes anos subsequentes, iniciaram-se políticas de contenção dessas medicações em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde tornaram-se remédios controlados pela receita azul. Sendo classificado enquanto uso abusivo quando ocorre em um período superior a quatro meses, no qual o medicamento começa a perder a eficácia e iniciar a dependência e tolerância (NORDON; HÜBNER, 2009).

Todavia, o consumo excessivo de benzodiazepínicos é encontrado em todo o mundo, a exemplo de países como os Estados Unidos, em que 2% de sua população já fez uso de no mínimo 12 meses, sendo desses, 50% consomem em um período de cinco anos ou mais (SILVA; BATISTA; ASSIS, 2013). No Brasil, é a terceira classe de drogas com maior prescrição, estimando-se que aproximadamente 4% da população a consome (NORDON *et*

al., 2010). O uso no Chile tem uma média quase dez vezes maior, correspondendo a 30,5% da população (GALDURÓZ *et al.*, 2005).

Nesse quadro, as mulheres são as mais afetadas por essa dependência lícita, como constatado nos estudos, sua representação é cerca de duas a três vezes maior do que em homens e seu número aumenta conforme a idade, como é identificado em diversos estudos nacionais (NORDON *et al.*, 2010; FIRMINO *et al.*, 2011; FORSAN, 2010; TELLES FILHO *et al.*, 2011; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). São identificadas enquanto características preponderantes as mulheres que tem entre 50 e 70 anos de idade, com relacionamento estável e baixo nível de escolaridade e renda (NORDON *et al.*, 2010; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013). No estudo de Souza, Opaleye e Noto (2013), é observado um uso abusivo do medicamento pelas mulheres, que extrapola o consumo por serem períodos muito longos, variando entre 50 dias e 37 anos, mantendo uma média de 7 anos de consumo.

Mesmo com o alerta de órgãos internacionais, como da OMS, também a nível nacional com estudos sobre a gravidade que envolvia o uso indiscriminado de benzodiazepínicos nas décadas de 80 e 90, esse problema persiste até atualmente sem medidas resolutivas: “os médicos de um modo geral consideraram-se aptos a identificar um dependente, embora muito menos frequentemente tenham relatado êxito no tratamento dessa dependência” (ORLANDI; NOTO, 2005, p. 899).

3.4 PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM FRENTE O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Esse problema é reconhecido e passa pelas mãos da Enfermagem, pois mesmo que não sendo diretamente, o enfermeiro é um importante ator na comunicação das mulheres com o serviço médico e de saúde, mostrando-se capaz de identificar o uso abusivo desses medicamentos, como também se deparam frequentemente com o mal-estar das mulheres, acolhendo e acompanhando suas queixas em seu cotidiano no serviço.

Convém, primeiramente, traçar o percurso do histórico da profissão para entendermos o lugar que o enfermeiro tem ocupado frente o sofrimento psíquico. Pois desde o nascimento da Enfermagem Moderna, no século XIX, que tem Florence Nightingale com seu principal referencial, racionalidade médico-científica que já hegemônicas na época. Assim, incorpora as funções disciplinantes e vigilantes para controle dos doentes e dos ambientes hospitalares.

Miranda (1994), que em sua obra realiza um consistente resgate histórico da enfermagem psiquiátrica, relata que durante o século anterior, na Europa, pelas iniciativas de Tuke e Pinel, o sofrimento psíquico ou loucura torna-se domínio da medicina, criando-se uma clínica específica das enfermidades mentais – a psiquiatria. A partir dela seriam criados lugares para o qual seriam direcionados e isolados esses indivíduos – os asilos ou manicômios.

A autora ainda frisa que essas mudanças ocorriam simultaneamente com a “Revolução Nightingale”, no entanto a Enfermagem por muito tempo não assumiu o cuidado dentro dos manicômios. Por sua vez, o trabalho nos asilos seria executado por mulheres contemporâneas de Florence, que não se identificavam como enfermeiras, mas como filantrópicas, não detinham o preparo formal da enfermagem (MIRANDA, 1994).

Apenas no final do século XIX, surgiram as primeiras escolas profissionais de enfermagem vinculadas aos hospícios no Brasil, mesmo assim elas não correspondiam ao sistema oficial de Florence. Na enfermagem psiquiátrica, o enfermeiro terá como papel fundamental a vigilância, centrada principalmente no controle do comportamento dos indivíduos.

Conforme afirma Miranda (1994, p. 88), “o ‘enfermeiro’ é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante”. A autora ainda destaca as qualidades necessárias para o enfermeiro desta especialidade, em combinar as tradicionais características de doçura, discrição, caridade, prudência e subserviência ao saber médico com a coragem, severidade, atividade, além de serem aceitos enfermeiros do sexo masculino e exaltar as qualidades físicas de robustez e força.

O movimento de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, ocorrido no final do século XX, promoveu inúmeras conquistas e avanço para o tratamento dos sujeitos em sofrimento mental, o principal deles foi a desinstitucionalização, ou seja, a abolição dos manicômios, propiciou a busca por outras modalidades terapêuticas. O enfermeiro, a partir dessas mudanças, não pode mais sustentar o papel de vigilante do modelo anterior, sendo necessário quebrar esse paradigma. Ele passa a ser requisitado a assumir um novo lugar, no acompanhamento e participação para recuperação dos indivíduos em sofrimento psíquico (MIRANDA, 1994).

Desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 70, influenciada por outros movimentos similares em todo o mundo, tratou-se de um processo crítico-prático convocando

que os serviços de saúde mudassem o paradigma do seu objeto de trabalho ser “doença”, para reconhecer uma “existência-sofrimento” do paciente, o que requer uma escuta (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No entanto, como demonstra o estudo de Lima (2012), a escuta realizada pela enfermagem em saúde mental, apesar de ser reconhecida como essencial para a atuação do enfermeiro, seu uso não tem um propósito definido, por vezes ligada ao senso de vigilância e disciplinada ou voltada para o cunho religioso, deixando de ser vista enquanto uma terapia em si.

Também é importante ressaltar sobre o lugar do enfermeiro na medicalização, é geralmente responsável por ministrá-la. Não raro também são observados casos em que ocorre desvio de função onde o enfermeiro, o qual é levado a transcrever receitas de psicotrópicos nos serviços de saúde mental.

No que diz respeito à produção bibliográfica da enfermagem acerca do tema do uso e abuso de benzodiazepínicos, poucos artigos centram-se no tema. Apesar disso, encontramos alguns artigos atuais que nos permitem entender o olhar que a enfermagem deita sobre este fenômeno. Dentre eles, há a atribuição do alto consumo de benzodiazepínicos, psicotrópico de uso prevalente no Brasil, a um processo histórico, social e cultural (MENDONÇA; CARVALHO, 2005; MENDONÇA, 2011; OLIVEIRA; AGUIAR; CAVALCANTE, 2011).

São apontados como causa do uso abusivo, fatores ligados à exclusão social, falta de informação sobre a nocividade da droga, despreparo dos profissionais para lidar com a situação e o maior acesso aos serviços de saúde (MENDONÇA; CARVALHO, 2005; NOIA *et al.*, 2012). O posicionamento do enfermeiro nessa problemática é pouco abordada nestes estudos, apenas encontramos a menção de seu papel relacionado a atuar enquanto investigador e controlador das dosagens de medicamentos (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

Dentre os fatores característicos da população que consome os psicofármacos, é unânime nos estudos encontrar a prevalência entre as mulheres, sendo identificadas como mais suscetíveis a este fenômeno de medicalização do sofrimento psíquico e ao seu consumo inadequado (MENDONÇA, 2011; OLIVEIRA; AGUIAR; CAVALCANTE, 2011; QUEIROZ NETTO; FREITAS; NOIA *et al.*, 2013; SOUZA; OPAYELE; NOTO; 2013).

As análises sobre esse fenômeno geralmente são tratadas sob o viés do gênero, tendo por bases a dinâmica social e as relações de poder, no qual considera o controle de um

gênero sobre o outro, ou de um grupo social sobre outro (MENDONÇA, 2011; OLIVEIRA; AGUIAR; CAVALCANTE, 2011; FORSAN, 2010). Como também pode ser explicada pela dimensão sociológica, que toma a mulher pelo seu contexto atual, a qual há uma grande sobrecarga com os papéis sociais, que se somaram os da conquista na carreira profissional e não a isentaram como principal responsável pelo cuidado do lar e filhos (SOUZA; OPAYELE; NOTO; 2013).

No que diz respeito à prevalência do uso abusivo entre mulheres, encontramos o estudo de Oliveira, Aguiar e Cavalcante (2011), que aponta o fator social e de gênero como fator contribuinte para o uso indiscriminado de Diazepam nessa parcela da população. Entretanto, a autora chama a atenção para a conduta médica de usar a prescrição desses medicamentos à serviço de resolver problemas existenciais dos pacientes, fugindo da ordem biomédica.

Frente a essa problemática, a autora ressalta a necessidade de propiciar às mulheres de trabalharem sua subjetividade, para que possam reconhecer o lugar que o medicamento ocupa em suas vidas: “Deve-se trabalhar para que o medicamento seja retirado da posição de “objeto mágico”, concepção que impede essas mulheres de terem uma compreensão e um comprometimento no que se refere à sua saúde e doença” (OLIVEIRA, 2011, p. 35).

4 A ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

*O presente não devolve o troco do passado
Sofrimento não é amargura
Tristeza não é pecado
Lugar de ser feliz não é supermercado
(Zeca Baleiro – Piercing)*

No presente capítulo, apresentaremos a análise da produção discursiva dos profissionais de saúde frente à problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres. Inicialmente, realizamos a identificação das formações discursivas encontradas, em seguida das rupturas que comparecem nos discursos, e, por fim, após elaborar a articulação com o referencial da psicanálise, apresentar a formação ideológica que sustenta o discurso.

4.1 ANÁLISE DAS FORMAÇÕES DISCURSIVAS

As produções discursivas foram encontradas a partir das sucessivas leituras das entrevistas, considerando e articulando com o contexto social e histórico em que os sujeitos da pesquisa produzem seus discursos.

A seguir passamos a apresentar as formações discursivas identificadas a partir dos elementos enunciados presentes nas falas dos médicos e enfermeiros acerca da situação do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres em sua prática clínica, a saber: Formação Discursiva Biomédica e a Formação Discursiva da Determinação Social.

a) Formação Discursiva Biomédica

Chamamos de “Formação discursiva Biomédica” aquela que se funda em um saber que é fruto da união entre a clínica e a ciência moderna cartesiana, e na qual foram incorporados o rigor metodológico em estabelecer conceitos, classificar, generalizar, fragmentar, objetificar.

Foi durante a grande reforma do ensino médico, legitimada pelo Relatório de Flexner, no século XX, que este saber disseminou-se por todo ocidente, tornando-se hegemônico nas práticas clínicas até atualidade, anos após completar seu centenário: “As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 496).

Seus principais paradigmas são o mecanicismo e biologicismo, tomando o corpo como uma máquina biológica, podendo ser separado de sua vida e seus aspectos sociais (ALMEIDA FILHO, 2010).

Os avanços possibilitados por essa nova medicina moderna influenciam, por sua vez, os moldes da psiquiatria, a qual se ampara no modelo biomédico para tratar as doenças mentais. Neste bojo, a influência do paradigma biomédico na saúde mental corresponde a encaixar uma queixa que é eminentemente psíquica a um modelo de adoecimento, sendo lido também como doença no corpo (LIMA, 2012).

Em meio a essa prática, o uso dos diagnósticos faz-se imprescindível para a tomada de decisões na clínica. Ao tratar-se dos transtornos mentais, como já discutido, os diagnósticos que se multiplicam a fim de dar contornos concretos ao sofrimento psíquico.

Os enunciados que apontam para essa formação discursiva dizem respeito: ao uso dos diagnósticos em psiquiatria para categorização do sofrimento psíquico; a psicofarmacologia que sobrepõe o funcionamento cerebral ao da psique que justificam as prescrições dos benzodiazepínicos; e, por fim, a valorização da figura do especialista que estimulam os encaminhamentos.

Assim, quando lançamos a questão para os profissionais, sobre a motivação para as correntes prescrições, algumas falas ampararam-se nos diagnósticos, para justificar a prescrição de benzodiazepínicos:

Vejo, vejo, as vezes é – tem aquele transtorno depressivo, asso – associado ao transtorno de ansiedade, às vezes tem que.. conversar um pouco mais, saber realmente qual é o predominante... mais qual é o que tá li – mais sofrendo, se é mais ansiedade, se é mais depressão, né, às vezes se confunde (Médico 03).

Eu prescrevo pra qual paciente, paciente com transtorno ou então às vezes até uma depressão, sintomas ansiosos, ou seja, quando o paciente tem níveis de ansiedade bastante elevados, uso, prescrevo nesses casos, numa forma de tentar diminuir aqueles sintomas negativos que a pac... paciente apresenta, aqueles sintomas desconfortáveis que apresenta (Médico 07).

Observamos ainda que nessas falas transparece um fino limiar entre os diagnósticos de “Ansiedade” e “Depressão”, expressando a dificuldade de dar contorno e fechamento a esses estados da psique, chegando inclusive a serem confundidos. Entendemos que essa dificuldade se dá, em parte, em virtude de uma questão estrutural que permeia a psiquiatria moderna (QUINET, 2008; SIMANKE, 2002).

Enquanto que as práticas classificatórias (que tem como paradigma o DSM), sustentam que o olhar da psiquiatria sobre seu objeto deve ser de cunho empírico (ou seja, baseada na observação, descrição e análise), o sofrimento expresso na fala do paciente recusa-se a se deixar enquadrar (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014). Ou seja, há uma tentativa de tornar a doença mental objetivável, criando um padrão para categorizar os diversos casos, através da quantificação dos sintomas, enquanto que os ditos dos entrevistados apontam uma indeterminação que vai deslizando de “depressão” para “sintomas ansiosos”, “sintomas negativos” a “sintomas desconfortáveis”.

No entanto, consoante Rosa e Winograd (2011), a partir do desenvolvimento dos estudos na área da neurociência, houve uma tentativa de fazer o funcionamento cerebral sobrepor-se ao funcionamento psíquico. Assim, as autoras apontam o firmamento da psiquiatria na lógica biologizante: a tentativa de explicar a disfunção psíquica com base na disfunção bioquímica, permite sustentar a intervenção sobre a química cerebral como solução para o sofrimento psíquico. Com efeito, a despeito de as dificuldades de subsumir o psiquismo ao cerebral, a psicofarmacologia tornou-se o principal fundamento e referencial para a clínica psiquiátrica.

Frente a essas considerações, apontamos a centralidade com que os psicofármacos comparecem nas falas, como principal resposta para o sofrimento psíquico, como demonstrado nas falas a seguir:

Geralmente eu renovo, renovo, eu f... eu procuro sempre – o quê que eu tento ajudar, é não iniciar, iniciar o mínimo possível, tá entendendo? [...] eu faço a proposta de tirar o benzodiazepínico e ir pra... pra amidriptilina, então pra fluoxetina, faço... faço (Médico 03).

Então... o que eu faço praticamente é atender, né? Assim, cada consulta que eles vêm eu pergunto como eles estão, se mudou alguma coisa, se dá pra eu baixar a medicação, eu tento ver se eu consigo... né? Em seis meses desmamar, ir desmamando... (Médica 01).

[...] e a gente sempre tá... fazendo ali, passando ali a receita, não é fazendo a receita, botando ali a receita pro médico [...] a gente vai no prontuário de- “solicito receita de medicamento tal com médico no dia”, o médico tira um dia pra fazer... pra poder... porque senão não tem... (Enfermeira 10).

[...] o profissional de enfermagem, ele renova a prescrição e pede para o médico carimbar (Enfermeiro 06).

A gente tenta substituir... a medicação por outras medicações que tente controlar os sintomas, né? Fazer uma retirada gradual (Médico 07).

Essas falas remetem à afirmação de Carvalho e Dimenstein (2003), a respeito da prescrição ter se transformado no momento mais importante na consulta. Nas falas, a atuação do profissional volta para a prescrição do benzodiazepínico ou tirá-lo, substituindo por o antidepressivo, apresentado como uma nova saída. Isso se dá através de uma espécie de lógica da tentativa e erro, onde o medicamento é que vai ditando tanto o diagnóstico quanto a conduta clínica.

Fundar uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que por conseguinte devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que, no caso, é a estrutura do próprio sujeito. É estar a serviço de uma psiquiatria ativa de resultados já estabelecidos previamente pela lógica do mercado de psicofármacos (QUINET, 2002, p. 39).

Esse modo de fazer clínica é também denunciado por Dunker (2011), ao expor a associação da psiquiatria com a indústria farmacêutica, por abordar como muitos medicamentos foram responsáveis por dar conformidade ou até criar novos diagnósticos. O autor cita o caso da depressão que passa a ser deduzida a partir dos efeitos adversos dos antidepressivos, o mesmo ocorre com o déficit de atenção e outros diagnósticos. Assim, é feita uma crítica sobre a substituição da clínica por uma tecnociência, na qual o paciente é suprimido a condição de objeto para o discurso médico.

O conhecimento em farmacoterapia comparece para embasar o discurso, pois age na tentativa de modificar e corrigir os comportamentos, pensamentos, humores patológicos através da química no corpo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Assim, como na última fala expressa, o medicamento é usado com objetivo de agir sobre os sintomas, controlando-os, sem haver intervenção ou questionamento sobre a sua etiologia.

Também chamamos a atenção para o que fica exposto nas falas acima, dos enfermeiros relatarem seu envolvimento no processo das prescrições de benzodiazepínicos por meio transcrições da receita médica, mesmo não sendo de sua competência.

Para tanto, essa prática é tão difundida que se estende também por diversos ramos da medicina, o uso de benzodiazepínicos pode ser iniciado na ginecologia, clínica geral, cardiologia (MENDONÇA, 2011).

O benzodiazepínico não é vilão na história, é uma medicação que tem muita utilidade pra aqueles pacientes que precisam, não é uma medicação que deve ser banida, proscrita ou de forma alguma, ela é importantíssima nos pacientes com transtorno de ansiedade, que realmente tem um problema de ansiedade que precisa

utilizar a medicação. O problema aí tá sendo na forma como tá sendo prescrito e ainda mais, a questão é o seguinte, poucos psiquiatras são os verdadeiros vilões na hora da prescrição, a gente sabe que muitos médicos, não-psiquiatras prescrevem os benzodiazepínicos, inclusive os cardiologistas. (Médico 07).

Em contrapartida, percebemos nas entrevistas que quando a mera prescrição de receitas não se mostra efetiva, os profissionais buscam resposta vinda de um especialista, ou seja, no encaminhamento do paciente. No caso dos enfermeiros, encaminhá-los para o médico, por ser capaz de prescrever a receita. Os médicos, mesmo enquanto psiquiatras, apontam como solução também encaminhar para um especialista, que, nesse caso, torna-se o psicólogo/psicoterapeuta, como são denotados nos trechos a seguir:

Eu tento conversar com o usuário, muitas vezes eu repasso o caso para o médico, encaminho o paciente pro médico, que quem pode prescrever esse tipo de medicação é o médico (Enfermeiro 06).

Aí a gente aqui... não pode fazer muita coisa, porque, enfim, o médico diz que não atende quem não tiver receita anterior, a gente vai fazer toda aquela conversa, você precisa passar por um psiquiatra, sem a receita anterior, eles não vão passar pra você. Eles não passam a prescrição desses medicamentos sem passar por um especialista primeiro, o quê que eu posso fazer? (Enfermeira 08).

Então, assim, o médico... fica o médico e o enfermeiro... e... a gente fica sem condição de... de fazer o grupo, tá entendendo? Porque se o médico e o enfermeiro faz, mas a gente não tem a bagagem que o psicólogo tem pra, pra algumas demandas que às vezes saem no grupo então precisa de um NASF, o NASF também só tem dois profissionais agora, saiu, então precisaria (Médica 01).

Caso a gente identifique que realmente q-que o uso da medicação tá inadequado, intervir através de psicoterapia, então os pacientes são encaminhados a psicoterapeuta, né, a psicóloga aqui do serviço, assim também como terapia ocupacional. Eee... a gente tenta substituir... a medicação por outras medicações que tente controlar os sintomas, né, fazer uma retirada gradual (Médico 07).

Essa fala é sustentada pelos interdiscursos pautados na integralidade e no trabalho multidisciplinar que embasa programas como NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) ou Matriciamento em Saúde Mental, como mencionado pelos entrevistados. Porém, percebemos que suas práticas revelam a fragmentação dos serviços, delegando responsabilidade à figura do especialista. Nesse sentido, os serviços de saúde, sustentados sob a lógica biomédica da especialização e os consequentes encaminhamentos, levam à fragmentação do cuidado ao centrar seu funcionamento em torno da figura do médico, do especialista (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Contudo, quando a própria possibilidade de encaminhamento falha, é deixada à margem a posição dos profissionais que ficam deparados com as lacunas do discurso biomédico. Essa posição é cristalizada a partir da metáfora “bagagem”, em que o profissional reconhece não possuir o suficiente frente ao que chega aos consultórios: “O quê que eu posso fazer?” Surge a questão ou a simples afirmação de tentar conversar ou não conseguir fazer muita coisa.

O discurso biomédico sustenta-se quando é possível tratar o paciente na posição de objeto de estudo, intervir no corpo, no que há de material e pode-se colher evidências, exercendo controle, adequando à norma, ao padrão. Dessa forma, ele se mostra atuante enquanto possível atuar no corpo biológico, nas alterações neurológicas por meio da química farmacológica. Frente ao sofrimento psíquico, as ferramentas (ou bagagem) que dispõe o saber biomédico se mostraram insuficientes. Por nossa análise compreender não só o que se apresenta na dimensão do dito, incluímos também a presença do interdito nas falas claudicantes que revelam a dificuldade de sustentar o discurso biomédico para tratar do sofrimento psíquico, apontando para um outro saber.

b) Formação Discursiva da Determinação Social

Essa formação discursiva se destacou em predominância nas falas dos profissionais, inclusive em relação ao discurso biomédico e está apoiada na teoria da determinação social do processo saúde-doença.

As teorias sociais em saúde começaram a ser elaboradas do final da década de 1960, no cenário após a Segunda Guerra Mundial, em que países que passavam por um momento de crise econômica e política, gerando corte de gastos das áreas sociais. Essa situação repercutiu diretamente na área da medicina curativista, modelo predominante nos serviços de saúde, que por seu alto custo e baixa eficácia entraram também em crise, sendo alvo de críticas por sua abordagem centrada no corpo biológico e a linearidade da relação causa-feito para interpretação das doenças (MOREIRA, 2013; LAURELL, 1976).

A teoria da determinação social surge em meio a esse contexto, tornando-se objeto de investigação teórica na América Latina durante a década de 1970, possuindo enquanto principais expoentes Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador; Asa Cristina

Laurell, no México, e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, no Brasil (MOREIRA, 2013). É sob esse paradigma, o qual se constitui tanto o campo da Saúde Coletiva como o movimento de Reforma Sanitária Brasileira, que nasce nesse mesmo cenário. São movimentos que tomam a determinação social do processo saúde/doença enquanto principal fundamento, na busca por mudanças políticas, sociais e institucionais dos quais resultou na proposta do Sistema Único de Saúde (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

No que concerne à sua fundamentação teórica, a teoria da determinação social tem como principal referência o materialismo histórico e dialético. Conforme Laurell (1976), os fenômenos de saúde e doença são analisados como expressões de um mesmo processo, uma unidade, diferentemente da visão dicotomizada do paradigma biomédico. O processo saúde-doença, como estudado pela autora, possui um caráter simultaneamente biológico e social, argumentando a impossibilidade de marcar uma naturalidade do organismo do homem ao longo dos momentos históricos, logo, o processo biológico humano é social.

Consoante Granda e Breilh (1989), o processo saúde-doença constitui-se enquanto síntese do conjunto de determinações que ocorrem em uma sociedade concreta, incidindo nos diferentes grupos sociais que se expõem a riscos e potencialidades característicos. Para ordenar a análise da investigação epidemiológica sob esses determinantes, os autores delimitam as dimensões estrutural (o que é peculiar de cada sociedade, a capacidade produtiva e das relações sociais), dimensão particular (forma específica de produzir e consumir de cada grupo econômico, as determinadas classes sociais que compartilham das condições de vida e de trabalho) e a dimensão individual (relativo dos pequenos grupos, que diferenciam por atributos individuais, como sexo, idade, religião, etc.).

Essas dimensões são constituintes da realidade do indivíduo da maior à menor complexidade. Contudo, elas não podem ser interpretadas separadamente, pois encontram-se dialeticamente relacionadas explicando o processo de determinação através de sua inter-relação. Em resumo:

[...] a organização social é o determinante fundamental deste processo e evidencia-se como manifestação da qualidade de vida dos diferentes sujeitos sociais que, por sua vez, é determinada pelos processos de reprodução social. A teoria da determinação social do processo saúde-doença permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia no processo de reprodução social (FONSECA, 1997, p. 9).

Ou seja, o paradigma da determinação social irá se voltar para as formas de relacionar organização social e de produção, explicitando uma gama de direitos que devem ser atendidos e que conformam elementos condicionantes das condições de saúde (MOREIRA, 2013, p. 43).

Embora o embasamento na teoria da determinação social apareça de forma muito simplista nos ditos dos entrevistados, os enunciados que se encontram articulados a essa formação discursiva tratam do contexto social em que os pacientes estão inseridos como determinante para o sofrimento que leva ao uso de benzodiazepínicos. Destacam-se os aspectos relacionados à classe social, à criminalidade, ao tráfico de drogas e às relações de gênero. Essas concepções se fazem presente nas falas dos profissionais quando relatam acerca da causa do sofrimento que leva ao uso do benzodiazepínico:

Elas sofrem mais porque ela tão numa área exposta, uma demanda... maaiss... é... é que elas estão numa área crítica, né... enn... uma população crítica, que elas moram a mara... a maioria em favela, uma população mais... é, um poder aquisitivo menor, que não tem p-poder... que não tem condições de-de uma saúde, uma educação melhor... então elas sofrem mais d-de acordo com sua economia (Enfermeira 05).

Ah, o... o motivo essencial que levou ao uso de benzodiazepínico aahh.. Permanece lá. Ou seja, a baixa condição socioeconômico, ah... o frágil tecido social que eles estão inseridos (Médico 02).

Em virtude da indefinição dessas causas, sobressai, ao longo das leituras das entrevistas, a metáfora “problema”, que comparece em diversas falas a articular os elementos da formação discursiva que envolvem referencial da determinação social:

A gente trabalha com uma população com muitos **problemas** sociais, muitos problemas sociais (Enfermeira 08).

Às vezes passa por um **problema** emocional em casa, são muito... muito... né? A situação familiar, a situação de moradia... (Enfermeira 09).

As pessoas têm **problemas** socioeconômicos, principalmente sociais, aí quer descarregar nos benzodiazepínicos que a acha que é a solução do problema, não é na realidade. [...] Também a gente observa que a maioria dos problemas está na família, grande parte, pode confiar, na minha vivência, no meu dia-a-dia, o que eu observo é isso (Enfermeiro 7).

São pacientes com **problemas** familiares, graves, né? (Médico 03)

Percebemos nas falas acima que a questão socioeconômica aparece embutida na metáfora “problema” que, como toda metáfora¹, aponta para “a mais” de sentido, para uma polissemia que desliza do sentido “social”, para o “familiar” e o “emocional”.

Percebemos que o que comparece como articulando a dimensão estrutural (social), a dimensão particular (familiar) e a dimensão individual (emocional) é o interdiscurso que se fundamenta na marginalização, no tráfico de drogas e na violência.

Então as pessoas buscam na forma de enfrentamento, é muita mãe que tem filho drogado em casa, que bate, que, sabe? Que tá preso e que tá fazendo maldade, é uma esposa que é maltratada, bate, o marido drogado, usuário, trafica em casa, então às vezes, a maioria das vezes onde a gente vai investigar, o início foi por por necessidade de enfrentamento, mesmo, de problema social... (Enfermeira 08)

Quando você vai conversar eles têm problemas sociais i-intensos mesmo, assim, um filho que é traficante, filho drogado, tem algum problema, marido que bebe, um alcoólatra crônico... é... vários-vários problemas (Médico 03).

Segundo esses entrevistados, a busca por benzodiazepínicos nos serviços justifica-se, em grande parte, devido à convivência familiar com a dependência química e a violência decorrente desta. Contudo, apesar de identificarem o elemento “dependência química” como estando na base do “problema” social, a resposta oferecida na prática clínica é basicamente uma outra dependência química:

Também você tem a questão social, né. Se você for imaginar: “pô, o paciente não dorme, mas não dorme por-quer benzodiazepínico pra dormir”, aí você se põe no lugar do paciente, o paciente mora numa favela, onde tem tiro, bala, gente morrendo o tempo todo, traficante, a noite toma um benzodiazepínico dorme a noite todinh... (Médica 05).

Questão social é muito forte, muito pesada, né. Você tem... uma vida muito dura, dentro dessas favelas, dentro dessas comunidades. [...] Você... se sensibiliza “doutora, eu não durmo porque meu filho usa crack, passa dois, três dias na rua”, aí você fica “Não, vamos passar (benzodiazepínico) aqui que tadinha, pelo menos dopa!” (Médica 05)

É assim... e não “minha filha, quando eu não tomo esse remédio, eu não posso sair de casa, eu não posso ficar em lugar fechado, eu fico... eu passo mal, eu tenho as vezes sudorese”, não! Não é assim. Não existe uma clínica, existe uma dependência social da medicação, entendeu? (Enfermeira 08)

¹ Para Lacan (1957), a metáfora é uma formação do inconsciente, considerando que o mesmo é estruturado enquanto linguagem, a metáfora caracteriza-se como um mecanismo de deslizamento da cadeia de significantes, quando um significante é substituído por outro significante, o significante oculto permanece presente na conexão com o resto da cadeia, gerando um efeito a mais de significação.

Problemas sociais, né? Graves, né? Eu vejo muito é... mulheres que têm filhos usuários de drogas, né? Que vem ter uma história de sofrimento já... prolongado, né? E aí pra t(r)apar esse sofrimento médico passou o Diazepam (Enfermeira 04).

Nesse ponto, frente ao impasse que se apresenta nas falas, os entrevistados expressam explicitamente que o benzodiazepínico é uma resposta para os problemas sociais. Reconhecemos que mesmo com a sustentação de um discurso social, há interseções com o discurso biomédico na prevalência da medida medicalizante, como aparece na fala: “Não existe clínica, existe uma dependência social da medicação...”.

Ainda sob o viés da dimensão social, ressaltamos o momento em que foi levantada a questão sobre a maior predisposição de uso de benzodiazepínicos entre mulheres. Os entrevistados comentaram acerca do assunto com as seguintes justificativas: elas estariam mais susceptíveis aos problemas familiares, além de um acúmulo de jornada de trabalho que as deixariam mais vulneráveis.

Eu acho é o papel feminino, né? Se o cuidado, né? Muitas responsabilidades, mulher trabalhadora que ainda tem que, que trabalha fora que cuida de casa, que que é educadora dos filhos, né? É essa questão de várias atribuições ao papel feminino (Enfermeira 04).

Eu tento associar isso talvez a... aaa... maior responsabilidade da mulher, da criação das crianças em casa, as vezes a própria ociosidade, muitas são donas de casa, não tem outros trabalhos externos fora de casa, o cuidar das crianças, né (Médico 02).

Eu nunca me detive nisso não, mas as mulheres, eu acho que elas estão mais vulneráveis, a violência familiar, à exclusão na sociedade, a um contexto mais patriarcal que eu acho que acaba sendo uma situação talvez favoreça as mulheres a terem com esse quadro mais frequentemente que os homens (Médico 07).

Percebemos que os momentos parafrásicos destas falas estão ancorados na perspectiva do gênero. De acordo com Carvalho e Dimenstein (2003), as relações de gênero tem uma importante influência para determinação do processo saúde/doença, por estar articulado intimamente ao cotidiano vivido, em outras palavras, às condições de poder, de conflito e de violência, seja na família, no trabalho ou nas instituições de saúde.

O gênero tem por definição o estudo das relações estabelecidas entre homens e mulheres ao longo da história e em diversas culturas e valores, que determinam seus papéis na sociedade que, por sua vez, influenciam a formação da subjetividade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003).

Logo, as falas expostas anteriormente se amarram nesse saber, recorrendo a construção social e histórica para referência do que é ser mulher, remontando, portanto, o papel feminino, que por muito tempo foi reduzido ao ambiente doméstico, com a função da manutenção da casa, a educação dos filhos, por fim, responsável por provedora da saúde de todos os membros da família (OLIVEIRA, 2000).

Todavia, mesmo com a grande abertura social pela maior inserção da mulher na educação e mercado de trabalho, Oliveira (2000) aponta que não foi isentada a função anterior, apenas ampliou sua responsabilidade, ganhando uma dupla ou tripla jornada de trabalho. Segundo a autora, essa alta carga de atribuições sob a mulher leva a uma normatização da assistência à sua saúde como um instrumento de controle do Estado sob o corpo feminino, especialmente por sua capacidade reprodutiva: “Os serviços de saúde geralmente se organizam para atender a mulher apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, como no acompanhamento do pré-natal, assistência ao parto e puerpério” (OLIVEIRA, 2000, p. 59).

Com efeito, a mulher se tornou o alvo mais fácil para o sistema médico-hospitalizante, representando os usuários que mais buscam o serviço de maneira geral. Esse fenômeno alimenta as concepções de traços patriarcais presente na sociedade, que, por sua vez, reproduzidos nos serviços de saúde, como foi evidenciado no estudo de Oliveira (2000). A autora destaca, por exemplo, a fala de um profissional de saúde: “A mulher toma o Diazepam e o homem toma a cachaça” (ibidem, p. 108). Nas entrevistas, encontramos falas que também sustentam o discurso similar:

Assim, enquanto as mulheres vem atrás do Diazepam, os homens continuam indo atrás da velha... velha cachaça, o... por aí né, cerveja, os uísques, e tal, tão se, tão são, eles provavelmente estão, assim, muitos, né. Estão medicando, tentando medicar suas ansiedades com álcool. Isso, isso aí a gente vê na prática mesmo, né (Médico 04).

Mas também porque é mulher que vem mais ao posto. Vai mais ao médico, né? Assim, os homens é bem menos, quando vêm não se queixa, se a mulher não vier junto ele não vai dizer todas as queixas. Os homens que usam benzodiazepínicos são prescritos, assim, pra eles, realmente são esses pacientes mais idosos, cheios de comorbidades. Mas o paciente jovem, esclarecido, que senta na sua frente e pede um benzodiazepínico é mulher. A mulher porque ela vem mais, e porque ela é poliqueixosa (Enfermeira 06).

Às vezes, assim, eu acho que é por esse lado mesmo, por serem mais emotivas, e até porque, assim, a nossa demanda, é... sempre foi maior mulheres, né? (Enfermeira 09)

Eu vejo que é muito a questão... da... assim, a relação com o gênero, com a questão de gênero, talvez a mulher, ela procura mais o serviço de saúde, ela procura mais a- assim, pra solucionar suas queixas. [...] Eu acho que é essa relação, eu acho que a

mulher, ela acessa mais esse serviço, ela busca mais a solução. O homem meio que guarda, meio que recalca as coisas e.. vai deixando, né (Enfermeira 01).

As falas transparecem a concepção da mulher como sensível, emotiva, frágil, que pode ser condensada na metáfora “poliqueixosa”. Essas concepções são legados do estereótipo da mulher ao longo da história, como abordado por Shouten (2011), que por muito tempo foi considerada biologicamente inferior ao homem, o que era explicado inicialmente pelas diferenças físicas aparentes, tais como tamanho, altura do corpo e maior massa muscular, ou seja, capacidade de força.

Por conseguinte, a autora discorre sobre a tendência da naturalização dos fenômenos sociais e culturais, a se distinguir em binômio sobre homem-mulher como antagonicos: o mais feminino significa menos masculino. Por essa razão, conseguimos identificar nas falas a explicação do comportamento da mulher em oposição ao do homem. Essas diferenças sexuais vão justificar as relações de poder no estudo do gênero, a mulher será tomada enquanto vítima desse processo, indicando sua vulnerabilidade associada à sua condição social no processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2000; MENDONÇA; CARVALHO; VIEIRA; ADORNO, 2008).

Reconhecemos a relevância dessas conclusões para compreender questões que respondam a uma esfera particular, de como a mulher está inserida socialmente, contribuindo-se para pensar as microestruturas e sistemas de instituições de saúde (OLIVEIRA, 2000). Contudo, entendemos que é possível lançar um olhar sob o feminino que vá além das particularidades das relações de gênero na sociedade, considerando a perspectiva singular, uma dimensão que atenda a especificidade de cada sujeito, considerando-o em sua relação com seu desejo (SILVEIRA; MARTINS; RODRIGUES, 2015). Essa dimensão será abordada, posteriormente, quando nos detivermos nos pontos de ruptura desse discurso.

Em suma, podemos reunir os principais determinantes sociais destacados pelos profissionais: a situação socioeconômica, a violência e a relação de gênero. Ao longo das leituras acerca dos referidos determinantes, os autores ressaltam que as abordagens dessas dimensões são complexas, o que requer estratégias que envolvam uma articulação intersetorial e interdisciplinar, com o trabalho de saúde voltado para perspectiva integral do paciente, não apenas limitada ao sentido biomédico, na intervenção sob o corpo (OLIVEIRA, 2000; MINAYO; SOUZA, 1998; FONSECA, 1997; MOREIRA, 2013).

Pode-se dizer, a partir de então, que frente à situação do abuso de benzodiazepínicos entre mulheres, comparecem as formações discursivas do discurso biomédico e da determinação social para dar conta de explicar essa realidade.

Contudo, considerando o que encontramos ao longo das falas, essas formações não parecem se assentar em solo firme, por se mostrarem inconclusivas, deixando escapar furos, rupturas, silenciamentos. Em virtude dessa abertura deixada pelo discurso, abordaremos a seguir sobre esses pontos de ruptura considerando enquanto a dimensão do interdito.

4.2 PONTOS DE RUPTURA – INTERDITOS

Neste momento, propomos-nos a abordar o que surge enquanto ruptura nos discursos, destacamos inicialmente a grande dificuldade no dito: as falas claudicantes, com muitas repetições. Para a análise do discurso, estes “vacilos” da linguagem apontam para a presença do interdito no discurso, para algo que, por um lado, busca ser silenciado ao mesmo tempo que tenta se revelar (TFOUNI, 2006).

Retomando a perspectiva de Tfouni (2013), a linguagem precisa de um impossível para existir, porque se fosse capaz de se dizer tudo, restava nada a dizer. Logo, o autor afirma: “Para que o campo do dizível permaneça aberto é preciso que não se diga tudo e que a linguagem seja carregada também de um não dizer, de um interdito ao dizer, do equívoco, da falta” (ibidem, p. 40). Assim, são esses elementos que fundam o discurso, pois ao considerar a autocrítica no texto de Pêcheux, escrito em 1978: “*Só há causa daquilo que falha, ou inverno político francês: início de uma retificação*”, ao reconhecer que a falta comparece como constitutiva no discurso, descobre-se também sua função de causa.

Será a partir desse texto de 1978 que será revista a questão do sujeito como vinha sendo colocado pela AD. Pois antes se tinha a ideia do sujeito enquanto determinado pelos discursos, alienado a uma ideologia dominante, sem lugar para a falha, dando ao sentido a ideia de fechamento, de uma completude na linguagem.

Após o texto, Pêcheux irá avançar no desenvolvimento da AD seguindo o caminho de uma heterogeneidade de um discurso, à medida que o entendimento sobre o Outro da linguagem difere de “uma máquina resultante do automatismo de uma combinatória estrutural, mas é um Outro desejante” (TEIXEIRA, 2005, p. 54). Ou seja, o Outro porta uma

falta, o simbólico não se totaliza. Assim, o sujeito antes concebido como repetição, passa a ser percebido pelo que lhe faz obstáculo, na falha no controle, no vacilo, na resistência.

Encontramos nesse ponto, onde a AD faz interseção com a psicanálise, pelo interesse no que falha no discurso: o sujeito apenas surge por instantes, comparecendo entre os ditos. Em contraponto, a fala articulada e coerente, que trata o discurso da consciência, segundo Descartes, grande precursor da ciência moderna, corresponde ao sujeito da razão: “*Penso, logo existo*”. A psicanálise irá se ocupar do sujeito do inconsciente, que aparece no clarão que se abre quando esse discurso coerente vacila: o sujeito diz mais do que pensa dizer e surge um saber não sabido por ele mesmo. Por isso, para Lacan, o sujeito está no discurso como ausente, “Sou onde não penso” (QUINET, 2011).

Portanto, ao longo das formações discursivas analisadas, já fomos ressaltando alguns pontos em que se quebra a linearidade nas falas. Assim, neste momento, privilegiaremos o que nas falas dão margem para uma contradição, uma falta ou um equívoco como indicadores para a questão do sujeito. Para isso, aludimos aos elementos que dizem respeito à manifestação da ordem do inconsciente. Segundo Freud (1900), o inconsciente se manifesta através de: lapsos, chistes, negativa, atos falhos.

É o psicanalista francês, Jacques Lacan, quem vai reconhecer na descoberta freudiana seu caráter de linguagem e de ruptura do discurso corrente e intencional, “[...] em que o sujeito se apresenta como querendo dizer alguma coisa, produz-se algo que ultrapassa seu querer, que se manifesta como um acidente, um paradoxo, ou até um escândalo” (LACAN, 1957-1958, p. 54).

Assim, nas condições em que se produz tal acidente, pode-se verificar como um registro, valorizado ao estatuto de um fenômeno significativo de engendramento de um sentido. Consoante Lacan (1957-1958), o sujeito porta leis próprias, um estilo e estrutura particular, que se demonstra no nível das neuroses, dos sintomas, dos atos falhos, dos sonhos, dos chistes. Ou seja, essa estrutura pode ser tocada pelas formações do inconsciente, que, por sua vez, tratam de meios essenciais de formação de sentido, na medida em que este é gerado pelas combinações dos significantes, quando há um rompimento na cadeia.

Os mecanismos pelos quais se manifestam as formações dos inconscientes seguem a lei do deslocamento ou a lei da condensação. Na lei de deslocamento, uma representação, por uma censura, é transferida para uma outra representação substituindo a primeira, sem anulá-la, pois está integrada na cadeia de significantes. Já na condensação,

consiste na reunião de várias representações em uma só, como uma espécie de engavetamento entre duas linhas ou mais da cadeia significante. É importante frisar que ambos são mecanismos de recalque. Freud (1915b) define esse último como a censura de certos conteúdos no sistema psíquico, que impedem que cheguem à consciência, tendo como propósito de evitar o desprazer ou angústia.

Pois, ao contrário do que se pode pensar, os sentidos não são dados, são adquiridos ou se fazem presentes. Trata-se de uma verdade – que se distingue da realidade, uma verdade do sujeito do inconsciente – que dá sentido aos sentidos, que os introduz, que funda o discurso. Essa seria uma possível aproximação entre o inconsciente e a estrutura da fala.

Iniciamos apontando o aparecimento de algumas rupturas no discurso dos profissionais de saúde a seguir:

Problemas sociais, né? Graves, né? Eu vejo muito é... mulheres que têm filhos usuários de drogas, né? Que vem ter uma história de sofrimento já... prolongado, né? E aí pra **trapar** esse sofrimento médico passou o Diazepam. (Enfermeira 04) (Grifo nosso).

A fala deixa comparecer o lapso “trapar”, em que revela um neologismo que traz em si mesmo a dimensão proposta pela medicina de “tratar” as doenças, mas ao metaforicamente revela um novo sentido, destinada a “tapar” ou até, quem sabe, “trapacear” algo.

Associamos esse evento com o conhecido exemplo dado por Freud, no texto “*Chiste e sua relação com o inconsciente*”, com o chiste “famillionário”. Nele o psicanalista ao fazer uma leitura da obra de Heinrich Heine, em que o personagem, um judeu de Hamburgo, vendedor de bilhetes de loteria, Hirsch Hyacinth, conta sobre quando conheceu o rico barão de Rothschild: “Ele me tratou de maneira totalmente famillionária”. Freud se detém a esse dito fazendo-nos reconhecer o mecanismo de condensação, presente quando encontramos de forma brilhantemente condensada os significantes “familiar” e “milionário”.

Lacan (1957-1958) aponta sobre uma característica presente no chiste: *o sentido no nonsense*. Pois, primeiramente, o chiste causa impacto pelo nonsense, pois ele “tem o papel de nos enganar por um instante, tempo suficiente para que um sentido até então despercebido nos atinja através da captação do chiste” (ibidem, p. 90). Neste chiste, considerando que a palavra “familiar” que deixa de comparecer para vir o dito “famillionário”,

há de se reconhecer que a palavra “familiar” foi para um outro lugar, com um destino correspondente ao de um mecanismo de recalque.

Assim, questionamo-nos se o lapso “trapar” também poderia ser tomado a partir de uma estrutura homologa à do chiste, onde o significante trapar vem condensando uma verdade que não pode ser dita.

Articulando com essa fala, encontramos em outros ditos que também fazem menção a algo que se procurar “barrar” denunciando a presença de uma “resistência” por parte do profissional:

Pede... ó, às vezes, o que é que eu vejo aqui, o pessoal às vezes tenta **barrar**, **barrar**, assim, fazer a orientação correta, né, assim, pede a receita anterior, qual o médico dele, se ele é acompanhado no CAPS, algo às vezes aí a... aí eles tentam agendar, tá entendendo? [...] mas às vezes eles chegam, por exemplo, acabou o remédio, tá na iminência de acabar e eles com aquele medo da si-sintomatologia, eles-eles vem mesmo pra... faz confusão na coordenação, faz coordenação... faz confusão na... ali na... ali na... na recepção. Depois que ele tá na sala do médico, é um pouco chato a gente, a gente... tenta conversar mas num entende, às vezes é tão ansioso que o próprio funcionário acaba trazendo pra gente, sabe (Médico 03).

Mas não há o interesse do paciente enf... em deixar de fazer o uso (do benzodiazepínico) não, sabe? Ao contrário. Há uma resistência do profissional em tentar tirar a medicação mas eles não aceitam (Enfermeira 08).

Esse paciente **deveria** usar, usar o benzodiazepínico com álcool em hipótese alguma, né? (Médico 02)

A exemplo dessas falas vacilantes, destacamos no primeiro trecho quando há o uso do “barrar”, o uso do “assim”, logo em seguida denota um retorno ao enunciado procurando reintroduzir um outro dito, corrigindo após com a expressão “fazer a orientação correta”. No segundo trecho, a última frase contradiz todo posicionamento que estava sendo expressado ao longo da fala, quando se afirma “há uma resistência profissional em tentar tirar a medicação”, novamente vemos a medicação no papel de vir a recobrir algo, aludindo ao que Teixeira (2003) aborda, a contradição vem a marcar um impossível, que, por sua vez, dá lugar a uma proibição. No terceiro trecho, novamente identificamos o surgimento de um lapso, marcando o sujeito dividido na fala ao afirmar que o paciente deveria usar o benzodiazepínico com álcool, deixando a negativa ao final.

Essa sequência aponta que a medicação ocupa no discurso um lugar que recobre a serviço de que ela está. Trata-se de um mecanismo que, ao não permitir o aparecimento do referente que está em causa, faz com que este último vá “prosseguir seu circuituzinho circular

em algum lugar da memória inconsciente” (Lacan, 1957-1958, p. 56). Por conseguinte, iremos ressaltar os momentos quando não é possível fazer a prescrição da medicação, o que foi deixado à margem da posição dos profissionais:

A gente procura orientá-las de uma melhor forma. Às vezes, assim, agora não porque o posto tá em reforma, mas a gente fazia muita palestra educativa, né? Tentando abordar esses assuntos, né? Um dos assuntos que a gente aborda. Mas, assim, no momento eu não vou te dizer que tá fazendo. Por conta da reforma do posto a gente tá meia sem sala, meia perdida.

Mas assim, esses que já são acostumados a tomar (benzodiazepínico), que não é paciente seu, que você não conhece, eles vem com um nível de... as vezes é tenso, sabe? Deixam a gente com... dd jj deixam a gente despro... desprotegido também, né, como profissional aqui... ss... depois que ele tá dentro da sala é um pouco complicado (Médico 03).

Eles pegam o médico até no portão ali, o médico se vê tão... atado que... né, se dá até pra se livrar (Enfermeira 10).

As falas deixam transparecer a posição dos profissionais frente ao imponderável nas consultas como na expressão “meia sem sala, meia perdida”, “desprotegido”, “atado”.

É, eu m... eu me senti muito limitada porque o médico... eu encaminhei para o médico, o médico encaminhou para outra pessoa gente quer uma resposta, quer saber como o paciente foi atendido, se ele ficou. A gente perde o elo de ligação com aquele paciente, então a gente perde o contato, não sabe o que aconteceu com o paciente e a bem, então eu acho que aí deveria ter uma resposta, uma-uma contra-resposta do-do-do encaminhamento médico, né. [...] pra que... é, sejamos, tenhamos uma saúde bem, bem melhor, como é que eu posso me expressar... bem mais... com mais respaldo tanto para o paciente quanto para o profissional... então a gente precisa lutar muito para o paciente... e pra gente mesmo pra... pra uma resposta do-do contra-resposta. (Enfermeira 05).

Nessa fala temos as expressões de “resposta” e “contrarresposta”, o que denuncia uma metáfora que remete as expressões “referência” e “contrarreferência”, bastante utilizadas nas rotinas dos serviços de saúde para denominar, respectivamente, os encaminhamentos dados aos pacientes e seu retorno.

Contudo, a repetição de como se dá esses termos podemos aludir ao que Lacan afirma no texto “O Aturdito”: “Que se diga fica esquecido por trás do que se diz em o que se ouve” (1973, p. 449). Nesse enunciado, que se assemelha a um jogo de palavras, quer abordar sobre o que insiste em se dizer do sujeito que, no entanto, é recoberto pelo esquecimento, que, porém, deixa-se à margem no que se ouve quando dirigido a um outro. A reposta que se pede, portanto, é a da própria profissional, enquanto pessoa, a esse furo que se encontra no serviço.

Assim, ao que encontramos no correr dos discursos diversas rupturas deixando expostas lacunas, falhas, lapsos, ou seja, os interditos que marcaram uma dificuldade em nomear qual problema realmente se enfrenta acerca do uso abusivo de benzodiazepínicos, correlato geralmente a um sofrer, uma angústia. Também revelam de que essa angústia é algo de que se deve se livrar, tapar, repelir, en-caminhar. Ao mesmo tempo, nestes interditos, também sabemos, que vêm a comparecer o sujeito do desejo, assim, mesmo que estivessem a falar dos pacientes, também estavam a falar de si, em sua dificuldade em lidar com a angústia, a ausência de resposta ao qual a ciência por mais que se prontifique, alimente a promessa, não consegue dar.

Quando há uma busca pela resposta através do viés social, Barata (2001) comenta sobre a tentativa de se explicar os determinantes relacionados à dificuldade de acesso dos pobres aos bens de serviços, dentre eles os de saúde. A autora aponta a existência de um paradoxo para esse raciocínio – nem sempre os países mais ricos apresentam os melhores índices de saúde, a desigualdade social apresenta formas diferenciais e relativas entre os indivíduos de diferentes posições nas sociedades, sejam elas desenvolvidas ou as não-desenvolvidas. Esse raciocínio comparece na fala de um dos profissionais ao reconhecer a presença de uma questão para além da pobreza:

[...] o Lexotam, que vende no mundo inteiro, não é só no Brasil não, sabe. Não é só aqui no Brasil que tem gente pobre, serviço público, e que substitui a pobreza com o remédio, não é só aqui não. O mundo inteiro toma esse Lexotam, Estados Unidos, na Europa, países que têm... que têm condições, condição econômica boa, mesmo assim, a pessoa tá se drogando, entendeu, então não é uma questão de pobreza, não. É questão, tem outras, outras causas, viu (Médico 04).

Essas “outras causas”, que o entrevistado aponta, articulamos a um saber sob o qual a ciência não consegue nomear, por não ser possível adequar aos seus moldes. Pois a partir do momento em que passa a envolver algo íntimo do paciente, sua subjetividade, é excluído do discurso da ciência, o que comparece como um reforço da posição da consciência: em “não querer saber nada disso” (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014). Propomo-nos, frente ao que encontramos de rupturas dos discursos, realizar uma abordagem com o referencial da psicanálise por ser o único saber que dá um lugar para o sujeito do inconsciente, ainda promovendo mais articulações com as falas, por mostrar que mesmo que se tente excluir, é algo que sempre retorna.

4.3 ENTRE DITOS E INTERDITOS, A TRAMA DO DISCURSO

Diante das formações discursivas sustentadas pelos profissionais e ao que se apresentou enquanto ruptura das mesmas, propomos fomentar uma discussão por um outro viés, indo além do que a racionalidade científica pode apreender. Apostamos no saber da psicanálise a fim de promover uma reflexão do que se revela por trás da superfície dos discursos dos profissionais, que alude a uma outra dimensão, a dimensão do inconsciente.

Nas entrevistas, encontramos falas subsidiadas em discursos que abordam os adventos propiciados pela união da ciência com o discurso capitalista, responsáveis por provocar diversas mudanças sociais e culturais na sociedade contemporânea. Nela há o surgimento de inúmeros recursos farmacológicos e diversas opções de terapia no mercado atual para o anestesiamento da dor.

Com a promessa de se atingir um bem maior, um bem-estar pleno, o desenvolvimento de todas as áreas científicas voltara-se para nos proteger das nossas mazelas físicas e psíquicas. Por que nos detemos, então, a trabalhar com a psicanálise, um conhecimento surgido na época vitoriana do século XIX?

A necessidade de aprofundamento nas questões que envolvem a subjetividade nos faz refletir sobre as afirmações de Freud no ano de 1930, em que já denunciava a negligência da ciência e sociedade por não discutir ou tratar das questões subjetivas. Para ele, o infortúnio no manejo de um sofrimento advindo das relações sociais aponta que quando “fracassamos justamente nessa parte da prevenção do sofrimento, nasce a suspeita de que aí se esconderia um quê da natureza indomável, desta vez da nossa própria constituição psíquica” (FREUD, 1930, p. 44).

Portanto, por mais que os avanços científicos tenham nos propiciado um maior domínio das forças da natureza e da degradação do nosso corpo, bem como através dos benzodiazepínicos, com intervenção no plano orgânico do corpo levar alterações no estado mental. Estes avanços pouco foram capazes de incidir sobre a terceira forma de mal-estar apontada por Freud (1930), segundo ele a mais insuportável delas: o mal-estar decorrente da relação com o outro.

Mesmo que haja uma busca incessante para se atingir um bem-estar pleno, sendo subsidiada pela união do discurso capitalista com o discurso da ciência que, por sua vez,

propagam as técnicas e intervenções, inclusive as farmacológicas. Com efeito, essas questões não tocam nessa terceira dimensão apontada por Freud. Assim, fazemos uma alusão ao que surgiu na fala de um dos profissionais quando afirma:

Existe uma coisa chamada eventos persistentes da vida, né. Ah, o o motivo essencial que levou ao uso de benzodiazepínico aahh... permanece lá. Então, os eventos persistentes da vida que motivaram a ansiedade ou a depressão inicial, eles permanecem lá, né. Então é a história da medicalização da vida, né. A gente tem que enfrentar esses problemas de outra forma e não... através de farmacologia, nem sempre eles vão ajudar, né. Então, aah... me parece que medicalizar é o mais fácil, tanto pro médico, tanto pro paciente, mas a gente sabe da repercussão que isso tem ao longo da vida, né (Médico 02).

Entendemos que a expressão mencionada acima – “eventos persistentes da vida” – trata-se uma forma de nomear o mal-estar advindo do laço social, o sofrimento o qual é inerente ao viver, ou seja, “permanece lá” como Freud (1930) tratou no “Mal-estar da Civilização”.

Ao retomarmos a abordagem de Foucault (2008) acerca do nascimento da clínica médica, a compreensão de sintoma é uma forma de sitiar o mal-estar. Para medicina clássica, por exemplo, o sintoma portaria a verdade da doença. Pois o mesmo servia de bússola para mapear e significar a doença no corpo, pois a tornava visível ao olhar médico. O sintoma é transformado pelo médico em significante apresentando como significado, a doença. Com a mudança para a clínica moderna, a enfermidade passa a ser associada à lesão no órgão, mas o sintoma não perdeu sua denotação patológica.

O pai da psicanálise é responsável por inaugurar um novo campo do saber a partir do momento em que se ocupou a oferecer um lugar, não existente até hoje, não para ser apagada, eliminada ou tamponada, mas para ser acolhida e escutada a dor, a dor singular, do âmago do sujeito, a dor de existir (FINGERMAN; DIAS, 2005).

Assim, para a psicanálise, o que vem a se tratar de um sintoma não será para nomear a manifestação visível da doença, não diz respeito a um significado patológico e universal, que se opõe ao estado de saúde. O significado de um sintoma pode não ser o mesmo de um sujeito para outro, por exemplo, como uma tosse, uma falta de ar, é diferente para cada sujeito, nenhum caso seria igual ao outro. Isso porque, para a psicanálise, o sintoma “não revela a verdade de uma doença orgânica, o que não quer dizer que não revele uma verdade: trata-se da verdade do sujeito inconsciente” (QUINET, 2011, p. 120).

Freud (1900) identifica o sintoma como uma das formações do inconsciente, ele expressa um desejo, um sentido que escapa às decodificações racionais. Por essa razão, o sintoma ocupa um lugar importante para o trabalho analítico, sem ele não há como realizar análise. Com o mesmo autor (1916), podemos constatar que os sintomas possuem um sentido, um sentido inconsciente, que está imbuído das experiências pessoais de cada um, no entanto diz respeito a uma experiência psíquica que todos vivenciam – a castração.

Frente a esse encontro com a falta, surge a angústia e, como Freud concluiu em no texto “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), o sintoma se forma como meio de evitar o surgimento da angústia. Como o autor mesmo exemplifica, se deixarmos uma pessoa agorafóbica na rua, essa pessoa será possuída por uma forte angústia, assim como o obsessivo que tem como sintoma lavar as mãos repetidamente, impedi-lo desse ato também causará angústia e assim por diante.

A partir dessas conclusões, podemos compreender que o sintoma comparece por vias a proteger o sujeito da angústia, como uma “resposta do sujeito às fantasias que não foram suficientes para velar a sua falta estrutural” (SARKIS, 2007, p. 107).

Na releitura da obra concebida por Lacan (1957), com vista à primazia dos significantes, em que pode-se ampliar o conceito de castração para o momento em que o sujeito se depara com a falta simbólica, o falo passa a ser interpretado por sua ordem de significante, que vem a recobrir a falta. Essa falta se faz estrutural no sujeito, visto que o mesmo vem-a-ser a partir dos significantes emprestados do Outro, como já discutido anteriormente. Esse suposto grande Outro ganha tal status à medida que provê os significantes para o sujeito. No entanto, há um momento em que se percebe que a esse Outro falta algo, que ele não pode tudo, não vê tudo e não pode nomear tudo. Esse ponto fraco aparece justamente porque o Outro também tem que recorrer à linguagem, impossível de dizer tudo.

Portanto, como ressaltamos anteriormente, por ser uma formação do inconsciente, Lacan (1953), atribuindo sua estrutura de linguagem, declara que é possível ter acesso ao sintoma através da fala, o que fez formular a possibilidade de dissolver um sintoma pela análise, a partir da premissa do que é feito na fala pode ser desfeito por ela. Logo, junto aos sonhos, lapsos, chistes e repetições do sujeito, o sintoma revela uma verdade sobre o desejo inconsciente do sujeito, ou seja, ele porta uma mensagem (DIAS, 2006).

Contudo, segundo o próprio Lacan, teria sido Karl Marx, e não Freud, quem inventou a noção de sintoma (ZIZEK, 1996; ALBERTI, 2000). Pois antes de Freud, ao

formular a análise do mundo das mercadorias, Marx compreende a existência de uma importante mudança nas relações sociais quando se instaura o capitalismo na sociedade moderna.

Isso ocorre porque, antigamente, em sociedades como a feudalista, a relação entre os homens se dava com papéis bem definidos de “senhor” e “escravo”, “rei” e “súditos”, expressando relações de dominação e servidão. Com a mudança para o capitalismo, a sociedade passa a se estruturar com relações entre pessoas “livres”, cada um seguindo seu próprio interesse, as relações entre homens não se encontram mais “fetichizadas” (ZIZEK, 1996). É nesse ponto em que reside a grande genialidade de Marx, ao voltar-se para as relações que os homens estabeleciam com as mercadorias, ao identificar o deslocamento do fetichismo para elas.

Com o estabelecimento da sociedade burguesa, as relações de dominação e servidão são *recalcadas*: formalmente, parecemos estar lidando apenas com sujeitos livres, cujas relações interpessoais estão isentas de qualquer fetichismo; a verdade recalcada – a da persistência da dominação e da servidão – emerge num sintoma que subverte a aparência ideológica de igualdade, liberdade e assim por diante. Esse sintoma, o ponto de emergência da verdade sobre as relações sociais, são precisamente as “relações sócias entre coisas” (ZIZEK, 1996, p. 310).

Será com o conceito de mais-valia que Marx irá revelar a existência de uma verdade recalcada, por reconhecer que há uma diferença entre o valor final de uma mercadoria e a soma do que seria o valor para sua produção e a força de trabalho concedida pelo trabalhador: nessa diferença se dá o lucro, quando se ultrapassa a concessão a força de trabalho (ALBERTI, 2000). Como o trabalhador não é detentor dos meios de produção (matéria prima, ferramentas, maquinário, etc.), ele vende sua própria força de trabalho. Essa, por sua vez, pode ser considerada como uma mercadoria peculiar, cujo uso “produz uma certa mais-valia, esse excedente que ultrapassa o valor da própria força de trabalho é apropriado pelo capitalista” (ZIZEK, 1996, p. 307).

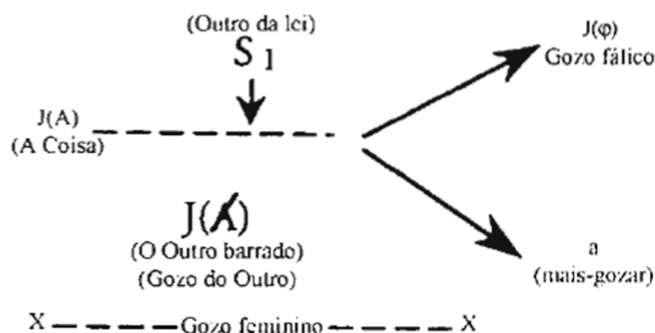
Trata-se de um resto, impossível de simbolizar, de valor imensurável e por essa razão tão valorizado. Lacan, por sua vez, faz analogia entre a mais-valia em Marx e seu conceito de mais-de-gozar, afirmando que o teórico alemão denuncia na verdade a espoliação do gozo (ALBERTI, 2000).

Quando falamos sobre o termo gozo, estamos tratando de um dos conceitos mais importantes desenvolvidos por Lacan, esse termo que pode ser comumente confundido com a

conotação de plena realização. O conceito de gozo não foi utilizado por Freud, mas desde sua clínica o psicanalista já identificava um “prazer dolorido” (VALAS, 2001), seja na persistência dos traumas de guerra, nos atos repetitivos nas brincadeiras infantis, na compulsão à repetição que é manifestada no “eterno retorno do mesmo” na vida das pessoas (FREUD, 1920). A partir disso, desses conteúdos desprazerosos, que se apresentavam na clínica, Freud questionou a existência de um além do princípio do prazer pelo qual se ordenava o psiquismo.

Lacan, por sua vez, irá tomar o gozo remetendo a ideia de excesso, de uma transgressão, que causa sofrimento. O gozo seria da ordem do registro do real, ao qual não se pode dar significação, no entanto pode ser aparelhado pela linguagem, o que faz com que Lacan ordene diferentes modalidades de gozo: O gozo Outro, o gozo fálico, o mais-de-gozar e o gozo feminino, que podem ser esquematizados da seguinte forma:

Figura 1- Dimensões do Gozo



Fonte: Patrick Valas

Inicialmente, teríamos o gozo do Outro ($J(\bar{A})$), que corresponderia a um gozo puro, originário, mítico, impossível de ser representado, pois a partir do momento que falamos não é mais possível de se obtê-lo. Assim, só temos acesso ao gozo a partir da entrada do Outro da Lei (S_1), ou seja, quando há a entrada do significante. Pois na falta de um gozo absoluto, nesse furo, se faz um ganho, porque será possível de se representar através da linguagem, passa-se a gozar dela, o que corresponde ao gozo fálico ($J(\phi)$):

Então a linguagem ao mesmo tempo em que causa um ‘a menos’ de gozo – mítico, absoluto – também possibilita um ‘a mais’ – o gozo fálico: gozo de sentido. A linguagem, metaforicamente, permite ao sujeito gozar com um alimento, mas é também o que diz que não é bem a coisa em si que se goza, e sim, com sua representação (SARKIS, 2007, p. 113).

Portanto, não é possível obter um gozo absoluto pela via fálica, pela incapacidade de se representar tudo em palavras, por essa razão, no esquema, há outra seta que aponta para o mais-de-gozar (a), como resto de gozo perdido com a entrada na linguagem.

Essa modalidade de gozo corresponde ao objeto *a*, constitui-se enquanto objeto causa do desejo, pois nele estaria a orientação do sujeito humano pela lei do princípio do prazer, na busca de reencontrar esse objeto, embora que o mesmo nunca tenha existido ou sido perdido. Esse gozo “se separa do corpo ao ser marcado pelo significante, e, a partir da incidência, ele se desloca para o lugar do Outro, compondo assim o que Freud designa como a *Outra cena*, a cena fantasmática” (CARVALHO, 2008, p. 202).

Conforme Carvalho (2008), apesar de oposto à relatividade do significante, o gozo se elementariza a partir do mais-de-gozar, pois com ele é possível deduzir de uma escrita. É com ele que se estrutura a fórmula da fantasia ($\$ \leftrightarrow a$), em que o sujeito dividido está em disjunção e junção com o objeto *a*, responsável por dar consistência de unidade ao sujeito, visto que este não consegue se determinar quando é representando por um significante para um outro significante (LACAN, 1968-1969).

Por fim, pontuamos o gozo feminino, que segundo Lacan (1972-1973), a constituição subjetiva, em tornar-se mulher (o que é independente de qual órgão sexual se tenha), trata-se de colocar-se na condição de castrada, sem falo. Atendo-se que o falo não é uma fantasia ou um objeto, nem mesmo é o pênis ou clitóris que ele simboliza. O falo, segundo Lacan, é o significante que representa a falta, vindo com isso determinar a diferença sexual, não vai haver no inconsciente um significante para o homem e outro para a mulher. Assim, estabelece-se as posições do par sexual, entre quem tem, quem quer ter, quem deseja e quem é desejado, ou seja, entre ter e ser o falo (SOLER, 2005).

Desse modo, Lacan (1972-1973) utiliza-se da lógica para ordenar um lado masculino, que seria o *todo fálico* e o lado feminino que corresponde ao *não-todo fálico*. O que irá significar que para uma mulher o gozo é dual, por um lado fálico, por outro enigmático, que não pode ser capturado pela rede de significantes, sendo caracterizado por Lacan como “mais-além do falo”, não chegando a complementar, mas “suplementar” ao gozo

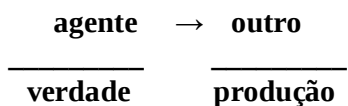
masculino (VALAS, 2001). Por essa razão, essa modalidade de gozo representada na figura acima de forma isolada dos demais gozos, como um “a mais”.

4.4 OS DISCURSOS EM LACAN: APARELHAMENTO DO GOZO PELA LINGUAGEM

A noção de discurso elaborada por Lacan no seminário 17, “O avesso da psicanálise” (1969-1970), irá considerá-lo enquanto uma estrutura com efeito de linguagem, diferentemente do que se espera da concepção da *análise do discurso*, que nasceu do desejo de desvendar a língua indo além da estrutura, na efetividade de seus usos. O estudo de Lacan, como vimos, levanta questões sobre qual a realidade fundadora em que a ordem do sentido viria a se alojar. Assim, ele propõe como resolução para esse paradoxo, indo para além das palavras, considerando que “a estrutura do discurso é um *efeito de linguagem*, isto é, um efeito da tentativa de domínio do gozo pela linguagem. Nessa concepção, a estrutura do discurso é uma decorrência do uso da linguagem e não o seu pressuposto” (CARVALHO, 2008, p. 202).

Isso ocorre porque todo discurso é marcado pela impossibilidade inerente ao laço, por essa estrutura comportar uma disjunção, sempre encontrando uma barreira de gozo e um fracasso em dominá-lo. Esse raciocínio é encontrado desde Freud, em *Análise terminável e interminável* (1937), no qual assinalou as impossibilidades presente nas profissões: governar, educar, analisar e fazer-se desejar, esse último acrescentado por Lacan. Dessa forma, a estrutura que subsiste na relação de um significante para outro, num aparelhamento do gozo sempre trazendo à tona um lugar “não-todo” (CARDOZA, 2009).

Essa regra se estende às quatro modulações de discursos propostas por Lacan (1969-1970): o discurso do mestre, da histérica, do analista e do universitário. Eles serão determinados pela composição de quatro elementos: os significantes – S1 e S2, o sujeito \$ e o objeto *a*, e como se distribui nas posições – do agente, do outro, da produção e da verdade. Esse aparelhamento dos lugares está disposto da seguinte forma:



É importante neste ponto esclarecer que do lado do agente e da verdade constitui-se o campo do Sujeito, e do lado do outro e da produção corresponde ao campo do Outro. Faz-se fundamental a apresentação desses dois campos como ressalva de que o discurso se faz

enquanto laço social não engloba entre dois sujeitos, pois não existe relação intersubjetiva. Não há um outro que não seja mais do que um campo de intervenção, na realidade o outro com que o sujeito tenta se articular trata-se de uma imagem que o mesmo possui do outro (ALMEIDA, 2009). Também há a separação pelas barras horizontais, que colocam acima os agenciamentos discursivos do que se decanta abaixo: os efeitos discursivos desses agenciamentos, que se encontram desconhecidos, velados, mas que por essa razão, se apresentam como causa do agenciamento discursivo.

Assim, o aparelho discursivo segue um movimento em sentido horário, ao qual pode-se interpretar da seguinte maneira: um agente, movido por uma verdade, dirige-se a um outro que responde com uma produção.

agente → outro

↑ verdade // produção ↓

O primeiro discurso trabalhado, o discurso do mestre, inicia a partir de uma máxima de Lacan: *um significante representa o sujeito para um outro significante*. O que se representa como expressão mínima de uma cadeia significativa no seguinte esquema:

S1 → S2

Temos nesse matema² a intervenção (representada pela seta) de um significante (S1 ou significante mestre) no campo de um saber já estruturado (S2). Essa estrutura é inseparável do sujeito (\$), que ascende entre os dois significantes, como sujeito do inconsciente, por isso se encontra embaixo da barra, como o que está velado no discurso:

S1 → S2

\$

O quadro se completa quando há a escrita do objeto *a*, que ao mesmo tempo que se depreende enquanto produto também se apresenta como perda:

S1 → S2

\$ a

Eis a estrutura designada por Lacan como “Discurso do Mestre”, ao qual ele afirma ser o discurso sob o qual a nossa cultura se funda. Por termos S1 no lugar do agente, Almeida (2009) comenta que Lacan resgata em analogia a esse discurso a dialética do senhor e do escravo em Hegel. O mestre será S1 por instaurar a lei na posição dominante, imputando

² Escrita algébrica utilizada por Lacan para fixar o campo teórico da Psicanálise.

trabalho ao outro, o escravo que, por sua vez, irá deter o saber-fazer (S2) e o mais-de-gozar (a).

Ao se colocar na posição de mestria, o agente sempre trata o outro como escravo, exerce sobre ele poder de governo para fazê-lo produzir gozo, gozo para satisfazer o mestre. E ninguém sabe melhor o que fazer para satisfazer o mestre do que o escravo, já que é ele quem sabe o que o mestre quer. Mas, para que tal discurso funcione, é necessário que o escravo autorize o mestre a governá-lo, pois há uma verdade que está velada, a de que o mestre é castrado e precisa da lei para se impor. (ALMEIDA, 2009, p. 100)

Ao fazer girar um quarto nessa estrutura, temos o Discurso da Histórica, em que a lei passa a ser questionada pelo sintoma (\$), será em torno dele que irá se ordenar todo o discurso (CARVALHO, 2008):

$$\$ \rightarrow S1$$

$$a \quad S2$$

Lacan (1969-1970), dessa vez, faz analogia às manifestações que ocorrem nas ruas, ou seja, quando há contestação da lei: a histórica visa o mestre, fazendo-o trabalhar para extrair do mesmo um saber-fazer, um saber sobre ela. Sua verdade, o que a move, é sua falta-a-gozar e ao final, o saber produzido pelo outro nunca dará conta de sua divisão, desse gozo, trazendo em primeiro plano o mestre castrado. Há muitos momentos em que se vivencia o discurso da histórica, especialmente na área da saúde, quando o paciente impulsiona o profissional de saúde a se questionar, vendo-se incapaz de responder a sua demanda, fazendo-o estudar e produzir um novo saber.

Segundo Carvalho (2008), pode-se deduzir o Discurso da Universidade como resultado da interrogação sintomática do mestre pela histórica:

$$S2 \rightarrow a$$

$$S1 \quad \$$$

Temos S1 no lugar da verdade, como o que fala em nome do mestre ou do autor para legitimar um saber proposto pelo agente, o que ocorre usualmente no meio acadêmico, ou seja, fazer comando pelo saber. Ao ter um saber no comando, diz respeito a considerar a possibilidade de existir um saber poderoso, universal, que se enuncia enquanto capaz de suturar a falha que foi exposta pela histórica, colocando-se em nome da verdade: “A ciência diz que...”; “segundo a última descoberta da ciência...” (CARVALHO, 2008). Assim, apresentar um saber como senhor, faz tratar o outro como objeto (a), como resto, como coisa,

do qual se deduz o sujeito sintomático em sua incapacidade para gozar conforme o imperativo de produzir saber.

De acordo com Almeida (2009), o discurso do mestre e do universitário, ambos corresponderiam aos discursos de dominação, sendo um pela via do poder e outro pela via do saber. Os discursos da histórica e do analista correspondem, por sua vez, aos discursos avessos da civilização. Portanto, colocamos o discurso do analista como fechando o giro discursivo, por ser um discurso exclusivo da psicanálise, inventado por Freud para fazer intervenções com as históricas. Para isso, Freud teve de se esquivar do lugar de mestre, o que seria manter o discurso histórico, portanto, ele ocupa o lugar de agente como objeto *a*:

$$a \rightarrow \$$$

$$S2 \quad S1$$

A posição privilegiada do objeto *a*, faz o analista se colocar como efeito de rechaço do discurso, como causa do desejo, que irá interpelar o outro, o sujeito dividido (\$), voltando-se para seu sintoma. O que se dá como produção do discurso são os significantes mestres aos quais o sujeito se identifica no enlace com o Outro, responsabilizando-se pelos mesmos significantes. Assim, em vez de gerar-se uma produção para o discurso do analista, se extrai uma marca identificatória do lado do analisando (CARVALHO, 2008).

Também é importante frisar que o saber (S2) que se coloca enquanto verdade no caso desse discurso, pelo qual o analista se sustenta, não se liga à cadeia de significantes, mas ao objeto causa do desejo. Dessa forma, o analista não pode se prender a nenhuma solução, fazendo “um silêncio sobre si mesmo enquanto sujeito, sobre suas crenças, valores, saberes, fantasias, frustrações, etc.” (ALMEIDA, 2009, p. 106). Por essa razão, o discurso do analista irá ter como particularidade de ser o único a colocar o outro na posição de sujeito (\$), permitindo que o mesmo possa expressar sua singularidade.

Assim, todo discurso porta uma impossibilidade que o estrutura, sempre haverá uma espécie de fracasso nessa forma de laço social. O que se mostra marcado na disjunção entre o lugar da produção e o lugar da verdade, como temos no discurso do mestre, do sujeito fazer junção com o objeto *a*.

Lacan aborda sobre essa impossibilidade quando fala da tentativa de se fazer Um com o Outro, o que ele consideraria ser a relação sexual. Essa seria nossa castração, a condição de sexuados, pois não podemos fazer Um, de se obter um gozo absoluto, completo. Ele se perde ao entrarmos na linguagem, pela incapacidade de se representar tudo em

palavras, pois isso a razão de se afirmar que a relação sexual não existe, porque ela não pode se escrever (LACAN, 1972-1973).

A dimensão do registro do real, trata-se desse impossível de representação que, todavia, não cessa de se escrever. Portanto, é dessa impossibilidade, dessa imperfeição no discurso, que se move o mesmo, que se dirige a uma possibilidade. Assim, podemos afirmar de que o discurso é utilizado na medida em que sua forma de enlaçamento se faz de forma incompleta (ALMEIDA, 2009).

4.5 ANÁLISE DA FORMAÇÃO IDEOLÓGICA: O BENZODIAZEPÍNICO NO CURTO-CIRCUITO DO DESEJO

Com a elaboração lacaniana do discurso como uma montagem destinada a tratar e a produzir o gozo, podemos agora retomar nosso objeto de estudo (o abuso de benzodiazepínico entre mulheres) e analisarmos os mecanismos da formação ideológica que sustenta esse discurso.

No capítulo destinado a apreender as rupturas do discurso, vimos como as formações do inconsciente que vão surgindo apontam para o recobrimento e para a produção de um sentido que permanece recalcado, que poderia ser condensado no lapso que conduz ao neologismo “trapar”.

Se tomarmos o discurso do mestre, vemos que o sujeito, ao se deixar representar por um significante para outro significante, permanece recalcado abaixo da barra, ao mesmo tempo em que produz o objeto desse discurso. Na produção discursiva da saúde, o discurso do mestre é sustentado na figura de seu agente (o médico ou outro profissional de saúde) que usa de sua autoridade com o paciente, fazendo obedecer aos seus comandos (QUINET, 2002).

Nas nossas entrevistas encontramos elementos que apontam para a instauração desse discurso:

E... os médicos começaram, a gente começou a ver que isso estava errado e a gente – e... e criou-se a... a prática de exigir que só se renovava a receita se tivesse a receita, pelo menos uma consulta passada pelo psiquiatra, senão nenhum médico mais renovaria. Aí foi melhorando, porque as pessoas foram tendo de ser obrigadas a ter que ir se consultar e então, quando não era caso indicado, eles não passavam mais, né (Enfermeira 08).

[...] como não tem vaga para os médicos, normalmente, esses pacientes acabam caindo na nossa agenda, né. E aí, assim, eles vêm só em busca de receita. O que

normalmente – o que acontece é o que, o profissional de enfermagem, ele renova a prescrição e pede para o médico carimbar (Enfermeiro 06).

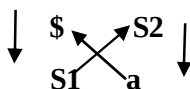
Quando é aqui na consulta eletiva, marcada, eu conve – difícil ele, e-eu, não levanto nem a possibilidade de começar um benzodiazepínico, nem levanto, sabe? Eu vou mais pra amidriptilina, pra um fluoxetina, pra um antidepressivo, pra tratar assim a ansiedade. A não ser que esteja num nível realmente que eu não vejo... que seja preciso passar por uma avaliação, né, psiquiatra e tal (Médico 03).

Nestas falas nos atemos à posição em que são colocados o médico ou o psiquiatra, especialista, na função de autoridade em que deve se obedecer (mesmo que obrigado) ao comando para conseguir a almejada receita. É assim que o medicamento (benzodiazepínico) surge como produto da instauração desse discurso como um “a mais”, como aquilo que seria necessário para suturar a divisão subjetiva.

Ocorre que, na sociedade atual, o discurso do mestre sofre uma torção e passa a conformar aquilo que Lacan (1972) vai chamar de “discurso capitalista”. O mesmo seria, na verdade, uma distorção do discurso do mestre, uma mutação, aberração, um discurso em curto-circuito ou o pior (FINGERMAN, 2005).

A razão de chamá-lo de pior é por se diferenciar dos demais discursos ao não oferecer um lugar para a impossibilidade, para o não-todo. O que ocorre porque o discurso capitalista é uma subversão do discurso do mestre com vias a solucionar o impasse dos outros discursos, os quais sobram sempre um resto, uma perda necessária de gozo.

A principal mudança que o discurso expõe é a ausência de qualquer relação entre o agente e o outro o que denuncia a falta de laço social no discurso capitalista, evidenciado pela ausência de seta entre os numeradores do matema: “nesta montagem de discurso o sujeito (\$) só se relaciona com a mercadoria de objetos (a) comandados pelo mestre (S1)” (CARDOZA, 2009).



No discurso contemporâneo, a relação de consumo se sobrepõe ao que antes era uma disjunção ($\$ \backslash a$) descrita no discurso do mestre, temos em seu lugar uma ligação que vai do objeto de consumo ao sujeito ($a \rightarrow \$$). A tentativa imaginária e impossível de suturar a falta inerente ao sujeito, promovendo uma satisfação, que, no entanto, é precária, declinando frente ao surgimento de outro objeto, garantindo assim que a reprodução do discurso seja perpetuada (ALBERTI, 2000). O fluxo constante no lugar da produção, em que há

substituição rápida dos objetos de consumo, os *gadgets*, se faz de forma veloz e imediata para ser capaz de sustentar a satisfação, justo onde ali “algo é subtraído ao sujeito, o império da falta que faz consumir” (CARVALHO, 2008, p. 227).

É por esse ponto em que se identifica o deslocamento do discurso do mestre para o capitalista, pela conversão da mais-valia, sentida como uma perda, apropriada pelo mestre, se converte em produção de objetos de consumo a serem ofertados ao mercado. É dessa forma que Zizek (1996) relaciona a mudança da fetichização nas “relações entre homens” para as “relações entre coisas”, pois nelas estão veladas as relações de dominação durante sua produção, mas em sua aquisição também podem se mostrar novas formas de dominar, por exemplo, ter o carro ou o smartphone do ano, faz da pessoa se sentir mais valorizada ou até se equiparar aos mesmos.

Assim, nos aproximamos da homologia entre o mais-de-gozar e a mais-valia, ou seja, a conversão do gozo em valor como causa do desejo (CARVALHO, 2008). Nessa lógica, “nada se perde, tudo se transforma”, pois, em certo momento, essa perda começou a ser contabilizada, como anuncia Sonia Alberti (2000).

Ao nos voltarmos para os discursos dos profissionais, podemos retomar ao longo da análise o papel central em que é colocada a medicação, ou seja, o objeto de consumo, quando questionados sobre intervenções na consulta com as mulheres. A atuação mostra-se resumidamente se mostra voltada para a prescrição do benzodiazepínico ou tirá-lo, pela substituição por um novo objeto, o antidepressivo, que se apresenta como nova solução, “...o benzodiazepínico para o último caso...” diz um médico. Em suas falas, a relação com o paciente se faz mediada pelo objeto. Podemos explicar com os seguintes trechos:

Porque aí tava um negócio que nem assim, vender banana na feira, “eu quero uma receita azul”, tava um negócio desse jeito, então a gente teve que dar uma... né, uma segurada, que o negócio estava igual a banana em feira mesmo (risos). Não sei, eu não sei se foi por essa... conduta, “é assim, só pode se for avaliado” e tal, ou se foi porque migraram para outro canto não, sinceramente não sei (Médica 05).

A maior parte dos pacientes a gente vê que, ou o colega (médico) não teve paciência e prescreveu porque aquela pessoa estava insistindo, ou então é polimedicado muitas vezes no CAPS e aí vai junto no “pacote”. A insistência é muito grande, a pressa muito grande, a gente acaba por ficar renovando prescrição. Mas a grande percentagem que eu vejo hoje em dia é só, assim, pela facilidade (Médica 02).

O que a gente tem observado, é... um número muito grande de mulheres usando. E a gente sabe que o benzodiazepínico, ele, ele mostra a fatura tempos depois, né (Médico 02).

As expressões como “vender banana em feira”, “pacote” e “fatura”, comuns na rotina mercadológica, percebemos a associação do benzodiazepínico com objeto de consumo, há uma banalização do seu uso. Assim, o medicamento fetichizado toma lugar de uma necessidade:

Mas se não, eles podem não ter dinheiro pra comer, mas eles comprem Rivotril. Você tá entendendo? O problema deles é a receita pra comprar o, “doutora, me dê, o... eu tenho dinheiro, saindo daqui eu vou comprar o remédio”, não falta dinheiro pra remédio não (Enfermeira 08).

O médico passou pra tomar 1 comprimido por dia, tem gente que tá tomando 3, 4, eles tão tomando medicamento assim como tivesse tomando água (Enfermeira 04).

Ao sempre se apresentar um novo objeto, o discurso capitalista se distingue dos demais por possuir uma estrutura fechada, é nela que reside seu caráter de aberração, que faz a girar vorazmente, sem a possibilidade de descontinuidade, num curto (-) circuito, em que a relação do sujeito não é mais barrada de sua causa perdida, torna-se possível gozar: $\$ \rightarrow S1 \rightarrow S2 \rightarrow a \rightarrow \$...$ (ALBERTI, 2000).

O uso abusivo de benzodiazepínicos constitui-se como uma forma de tamponamento dessa falta, de evitar haver-se com ela, o que por outro lado está fadado ao fracasso, por essa razão recorre-se a esse psicotrópico cada vez mais. Como podemos identificar nos ditos da profissional ao chamar de “paciente insistente”.

Ao barrar a impossibilidade é que se revela uma montagem perversa³ dentro desse discurso: ele faz semblante de uma saída da neurose, pois o neurótico pode supor saber como gozar como também fazer o outro gozar. Para tanto, é sustentado seu principal imperativo: “goze!”, como afirma Sonia Alberti (2000), que não é exigida a renúncia pulsional, ao contrário, é instigada a pulsão, impondo relações com essa demanda, corroborando para a pulsão de morte, gerando consumo. O que se desvela na fala dos profissionais, na constatação de um uso abusivo que não possui freios ou controle:

Inclusive, às vezes os pacientes chegam, já quando tem acabado a medicação e eles só faltam agredir realmente o profissional, né, quando a gente explica, por exemplo, “olha, não tem médico agora na casa, a gente não tem co... eles realmente se agitam bastante (Enfermeiro 06).

³ Devemos diferenciar que nesse caso não se trata necessariamente da estrutura perversa, mas um modo de laço social.

Então a gente vê que realmente não, não é prática terapêutica, realmente é... paciente ele é viciado (Enfermeira 03).

É complicado porque a gente vê que é paciente... viciante mesmo, viciado mesmo na medicação [...] o que me choca mais é a dependência, é como se fosse mesmo um usuário de uma droga, como do – nunca vi, usuário que usa cocaína, que usa crack e nunca tive contato, acho que eles ficam dependentes do jeito que é... ficam meio eufórico, muito... (Enfermeira 10).

Quando há tentativa de substituição da falta pelo gozo, a falta comparece mascarada ou muito bem disfarçada enquanto exigência do organismo, uma necessidade de se obter uma mercadoria se pode comprar (Braunstein, 2007). Chegando ao ponto de assumir uma necessidade de termos absolutos, em questão de vida ou morte: “ou há o gozo químico ou há o nada” (Braunstein, 2007, p. 281). Estamos aqui diante do conceito de “fetiche” como criado por Marx, quando a mercadoria passa a assumir vida própria e a conduzir inclusive as relações humanas:

[...] a forma mercadoria e a relação de valor dos produtos de trabalho, na qual ele se representa, não têm que ver absolutamente nada com sua natureza física e com as relações materiais que daí se originam. Não é mais nada que determinada relação social entre os próprios homens que para eles aqui assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Por isso, para encontrar uma analogia, temos de nos deslocar à região nebulosa do mundo da religião. Aqui, os produtos do cérebro humano parecem dotados de vida própria, figuras autônomas, que mantêm relações entre si e com os homens (MARX, 1867 p. 198).

A face devastadora no consumo de benzodiazepínicos encontramos expressa em algumas falas dos profissionais:

Quem é dependente, chega aqui, rouba, mata, faz o que for, mas sai com a receita. É assim, eles já chegam ameaçando, eu lembro de uma médica, doutora (fulana), que foi ameaçada mesmo, mesmo, mesmo, do cara dizer assim: “ó, não perco nada, passo nem dois meses preso” (Enfermeira 08).

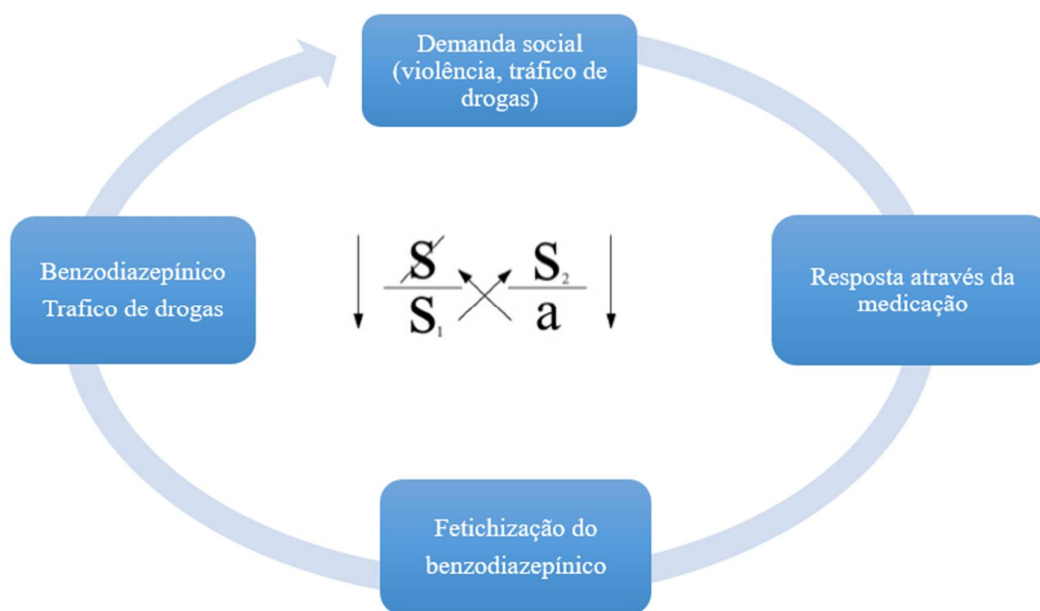
Sim, tem casos de paciente que chegam aqui que o médico prescreve a fluoxetina juntamente com o Diazepam, mas o paciente, ele se nega a tomar a fluoxetina e já chega a, a um, um grau bem... agressivo já de ames, ameaça ao profissional médico ou então de um enfermeiro, porque ele quer a receita azul (Enfermeira 05).

E algumas vezes eu alerto o médico “ele tá usando já há um bom tempo e tudo, veja aí se realmente tem necessidade...” ou quando nós... se desconfiamos que a pessoa tá fazendo um uso indevido como vender, usar como droga, trocar como droga. Também eu tento dar um alerta para o médico, né, se, se eu desconfiar e... é-é... e é basicamente isso... (Enfermeiro 06).

Aí felizmente é... ah... existe alguns funcionários antigos aqui que são moradores lá e me falam: (Fulano), cuidado com aquela paciente que ela não usa esse remédio, ela quer pra isso, ela quer pra vender, quer pra... dar pra alguém, ela quer comercializar. Então assim, é uma realidade isso... não sei se o, não sei se isso apareceu em outras entrevistas tuas, né. Mas é o que o... uma coisa que eu tenho como médico que tenho observado regularmente. [...] então assim, existe um... acho-acho que uma rede que funciona, de-do mal, vamos dizer assim, né, pra tentar obter oos... esses medicamentos, né (Médico 02).

Nos dois últimos trechos, um novo aspecto se apresenta e se faz inédito em nossa pesquisa, quando surgem as acusações da medicação entrar no esquema de tráfico. Encontramos, nesse ponto, um fechamento de um ciclo, onde o “horror” a ser tratado por um discurso, volta pela porta dos fundos apresentando sua face real: um discurso que inicialmente surge justificando a prescrição dos benzodiazepínicos frente ao mal-estar causado pela condição social (justificada pelo tráfico de drogas e criminalidade) mostra-se agora parte da mesma engrenagem que sustenta o tráfico e a criminalidade. Ou seja, é como um ciclo que se fecha, gerando mais consumo (FIGURA 1).

FIGURA 2 – Esquemática do ciclo de consumo gerado pela frequente prescrição de benzodiazepínicos que tem como base o discurso capitalista.



Fonte: próprio autor

Frente a essa situação, como explicitado no discurso capitalista, não há laço com o outro, como diz Lacan na conferência de Milão, em 1972, trata-se de uma degradação do laço. Assim temos nos discursos um sujeito reduzido a sua condição de impotência nas duas pontas do discurso. Para as mulheres usuárias de benzodiazepínico fica o lugar de vítima e fragilidade (“tadinha”, “poliqueixosa”, “emociva”, “pega mais problema”, “mais sensível”). Do lado dos profissionais esse mesmo lugar de vítima surge quando falam de sua condição de acossados pelo tráfico (“desprotegido”, “ameaçado”, “perdida”, “atado”).

Estamos diante do “pior”, do preço a ser pago pelo esvaziamento do lugar da palavra e pela tentativa de tamponar o lugar da falta com objetos compráveis e ao acesso da mão.

O benzodiazepínico se configura como um desses *gadgets*, um objeto fabricado pela ciência, assim como os smartphones, computadores, etc. Esses objetos “põe em em cena, o esgotamento do valor instrumental do objeto e o esplendor do seu valor de signo” (Antelo, 2008, p. 2). Lembrando que as suas propriedades de causar dependência e a tolerância, são compatíveis com os objetivos para a medicina científica e a produção capitalista, como foi bem colocado por Martins, Silveira e Rodrigues (2015, p. 134):

[...] percebemos como o casamento das propriedades benzodiazepínicas com a medicina científica e o modo de produção capitalista, abriu espaço para uma epidemia de dependência química bastante singular, não só aceita socialmente, mas até mesmo estimulada. Isso porque a substância nasce com um forte potencial para servir às duas dimensões desse processo. Por um lado, vem à serviço da manutenção de um corpo que funciona para o modo de produção para atender às necessidades do capitalismo, sem demonstrar mal-estar ou dor, por outro, porque mostrou-se ser imensamente lucrativo para a indústria farmacêutica, tornando-se a medicação mais consumida do mundo e com um público cativo.

O sentido que leva o público de consumidor ao de objeto consumido, é nesse momento em que estamos diante da face real do *phármakon*, que não diz respeito ao sentido da química, como um efeito farmacocinético, mas como aponta Laurent (2004), trata-se do sentido de “retorno do real”. Segundo o autor, o efeito real do medicamento seria um efeito fora do sentido, indo além do casamento do homem com seu gozo fálico, ele causa um forçamento na barreira em que o gozo impõe:

Pelo medicamento, o sujeito recorta seu organismo de outro modo. Ele o recorta com esse instrumento de saber específico que é o medicamento. Se o significante poda o corpo à sua maneira, o saber contido no medicamento o poda de outra forma.

Ele faz o sujeito conhecer um “gozo desconhecido dele mesmo”, absolutamente desconhecido [...] Pelo medicamento o sujeito é levado a poder gozar de novas partes do corpo. A manipulação das doses por cada sujeito, a automedicação com a ajuda de um outro, consistindo numa negociação prescritiva, produz um gozo normatizado próprio de cada um. (LAURENT, 2004, p. 41).

A estimulação da resposta pela via única da medicalização vem apresentando sua face nociva, que reside especialmente pela ideia que se alimenta de que pode haver uma solução para falta, de que pode-se eliminar todo o mal-estar e gozar de uma vida sem sofrimento.

A proposta da psicanálise frente a esse mal-estar implica em instaurar um giro no discurso, instaurando o discurso do analista, único a colocar o sujeito no lugar do outro e permitindo tratar o mal-estar que se apresenta na clínica por um outro viés, sem generalizá-lo, negá-lo ou tamponá-lo.

O discurso do analista instaura a possibilidade de tratar a angústia e o gozo pela via do desejo, pois o mesmo é responsável por reintroduzir a falta como uma referência para o sujeito, ou seja, pela possibilidade de lidar com a própria falta que lhe é inerente (JORGE, 2008).

Nesse discurso, o sintoma vai ser tomado como uma resposta singular do sujeito, ao impossível que faz faltar as palavras, ao que se tenta responder com o corpo, como uma forma de gozo. Assim, mesmo que não possa ser eliminado, é possível fazer um manejo na clínica que identifique os significantes-mestres que o envolvem e a permitir que se presentifique os modos de gozo de um sujeito, introduzindo aí uma mudança. Para isso, é dispensada qualquer tipo de receita ou fórmula de como agir sobre o sintoma. Pois cada um tem uma forma de gozar, portanto é algo que irá valer na escuta de caso a caso, apostando-se no singular.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Procuro uma palavra que me salve
 Pode ser uma palavra verbo
 Uma palavra vespa, uma palavra casta.
 Pode ser uma palavra dura.
 Sem carinho.
 Ou palavra muda, molhada de suor no esforço da terra não lavrada.
 Não ligo se ela vem suja, mal lavada.
 Procuro uma coisa qualquer que saia soada do nada.
 [...] Eu preciso do escarcéu soletrado
 Preciso daquilo que havia negado
 E mesmo tendo medo de algumas palavras
 preciso da palavra medo como preciso da palavra morte
 que é uma palavra triste.
 Toda palavra deve ser anunciada e ouvida.
 Nunca mais o desprezo por coisas mal ditas.
 Toda palavra é bem dita e bem vinda.
 (Viviane Mosé, Toda palavra)*

Chegamos ao final de um percurso de uma pesquisa que abraçou a problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres, atendo-se pela perspectiva dos profissionais de saúde através dos seus discursos. Nesse momento, percebemos que enveredamos por um caminho ainda sem palavra... Aproveitando da licença poética da Viviane Mosé: por uma palavra que ainda não veio, que ainda não caiu...

Retomando novamente a metáfora utilizada no início do trabalho, buscamos articular e dar combinações entre estas duas peças (Psicanálise e Enfermagem) para constituir nelas um mosaico. Portanto, dar-se conta de minha posição, enquanto uma profissional de saúde, e a incumbência de se escrever sobre esse mesmo lugar frente o mal-estar, culminou em viver a quebra de muitos paradigmas, pelas diversas leituras demandadas, entre hiatos e titubeios, em deparar-se com os próprios limites e em se ver entrelaçada ao trabalho, como diria Rubem Alves (2009), transformando carne em palavra e palavra em carne.

Nesse percurso, redesenhamos o caminho trilhado durante a pesquisa, sabendo que a mesma se propôs a tomar um rumo diferente do que se espera das realizadas sob os parâmetros científicos cartesianos (inclusive esse sendo o saber pelo qual a Enfermagem se sustenta). Contudo, acreditamos que possibilitamos um encontro entre o saber da psicanálise e da enfermagem no que a última apresenta enquanto lacunas, especialmente no contexto da clínica da saúde, sendo nelas onde extraímos todo nosso material.

Partimos de uma pergunta: O que leva os profissionais a realizarem uma frequente prescrição desses medicamentos? Frente a essa inquietação visamos analisar o discurso dos

profissionais acerca do uso abusivo de drogas benzodiazepínicas entre mulheres na atenção básica. Para isso, consideramos uma feliz escolha o uso do método da AD para análise das entrevistas, que se fez com referência à corrente francesa de Pêcheux. Ela nos permitiu identificar duas formações discursivas que estruturam os discursos dos profissionais de saúde indo, portanto, além da superfície do dito: a Formação Discursiva Biomédica e a Formação Discursiva da Determinação Social.

A Formação Discursiva Biomédica mostrou-se voltada para intervenção estritamente farmacológica, visando alterar estados de humor, seguindo uma categorização diagnóstica limitada à classificação do sofrimento. Já na Formação Discursiva da Determinação Social, os profissionais apontam a relação do sujeito com a sociedade, especialmente ligados à baixa condição econômica, proximidade com a violência e tráfico de drogas, enquanto justificativa para o sofrimento que ocasiona no uso do benzodiazepínico.

No entanto, o recurso ao referencial da psicanálise e uma maior imersão na terceira fase de desenvolvimento da teoria da AD em Pêcheux, permitiu-nos abordar, não só que comparece nos ditos, mas cingir também aquilo que escapa, e que comparece nas rupturas das cadeias discursivas. Ressaltamos, que esse momento foi um importante ponto de virada em nosso estudo, pois a partir dele abriram-se outras leituras que permitiram-nos vislumbrar e conseguir dar um tratamento ao que compareceu de inédito em nossa pesquisa.

Isso se deve ao fato de termos investido mais na aproximação entre a psicanálise e a terceira fase da AD, a partir de algumas referências do próprio Lacan, como de autores como Carvalho (2008) e Žižek (1996). Com esses autores questionamos o conceito de ideologia presente na teoria de Pêcheux, abrindo a possibilidade para pensá-la como algo que se encontra recalcado no discurso, ao mesmo tempo em que dentro desse discurso é possível tocar em algo que falha, que se rebela, da posição do sujeito. Desse modo, tendo em vista a possibilidade de uma leitura mais aprofundada, tomando o discurso por sua estrutura, realizamos uma leitura das entrevistas a partir dos discursos em Lacan.

Assim, as leituras nos levaram a concluir que o que se encontra na base dos discursos dos profissionais de saúde para explicar a prescrição e problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres trata-se do discurso capitalista. Este último se revela pela centralidade dada ao benzodiazepínico nas falas, que é colocado para mediar a relação entre profissional e paciente, sendo o objeto que vem a tentar recobrir a falta que é colocado neste laço social e os demais.

Contudo, a impossibilidade de ser tamponada a falta pelo psicotrópico induz a um uso contínuo, produzindo um curto (-) circuito que se retroalimenta vorazmente, revelado nas falas que trazem à tona o abuso, a insistência das pacientes, em suas ameaças e agressividades relatadas pelos profissionais. Neste ponto, comparecem as graves denúncias de que o medicamento passa a estar dentro de um esquema de tráfico, é nele que fechamos o ciclo em que inicialmente o benzodiazepínico entrou: sua prescrição é justificada pelo mal-estar causado pela condição social (justificada pelo tráfico de drogas e criminalidade) e termina por sustentar o mesmo tráfico e a criminalidade.

Frente a isso, relançamos a seguinte questão: à serviço de que o benzodiazepínico se encontra? Com a leitura psicanalítica podemos aproximá-lo do que seria o objeto *gadget* e sua função no discurso capitalista, de uso curto e rápido, revestido pelo brilho de recobrir a falta. Ele seria parte de umas das promessas de uma “utopia da saúde perfeita”, exposta por Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011).

Os autores apontam questionamentos sobre o conceito de saúde propagado desde conferência de Alma-Ata, em 1978, e as transformações ocorridas na Atenção Primária em Saúde (APS) que ao longo das décadas tornou-se cada vez mais centrada no autocuidado e na responsabilização pessoal, tomando o paciente enquanto consumidor. Nesse ínterim, a clínica volta-se para normatização de comportamentos saudáveis, em que são controlados meticulosamente os riscos de morte e sofrimento possível, por essa razão as práticas são dedicadas

[...] com afinho a controlar riscos provenientes de colesterol elevado, modos de comer e beber inadequados, pressão alta, sedentarismo, hábitos e comportamentos poucos saudáveis. E, também ter acesso aos prometidos avanços e benesses dos conhecimentos genômicos/biotecnológicos e das práticas preventivas/diagnósticas, às intervenções farmacológicas e aos equipamentos médicos de última geração” (ibidem, p. 67).

O consumo excessivo de benzodiazepínico, a maior presença dos mecanismos do capitalismo na vida cotidiana, conferindo um poder cada vez maior do mercado sob a vida, é algo que culmina ao empobrecimento da subjetividade (RODRIGUES; CARNEIRO, 2014). Conclusão que coaduna com o discurso capitalista em Lacan, por se caracterizar pela ausência de laço entre os sujeitos, como encontramos nos discursos dos profissionais, em sua relação com os pacientes, ambos postos na posição de vitimados pela problemática.

Desse modo, no contexto das práticas clínicas em saúde, cabe questionar o quanto de espaço ainda há para se discutir sobre a subjetividade visto que não pode ser captada ou validada pelos métodos empíricos de visualização, significação ou medição (CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011).

Como podemos observar nos ditos, a perda da subjetividade repercute não só do lado do paciente, mas também do próprio profissional de saúde, que se questiona sobre sua capacidade para lidar com a situação, com o sofrimento do outro, inclusive que se não responder conforme o paciente demanda o medicamento, em ser substituído por outro profissional. Encontramos uma discussão similar no texto de Figueiredo, Miranda e Vieira (2000), quando abordam que ao universalizar o cuidado com os pacientes, mantendo uma uniformidade e padronização nas atitudes e conteúdo das enfermeiras podem também torná-las facilmente intercambiáveis, seja de turno ou de setor:

A enfermeira torna-se um aglomerado de habilidades, sem individualidade; cada uma é perfeitamente intercambiável com outra com habilidades do mesmo nível. Diferenças socialmente permitidas entre enfermeiras estão restritas a poucas diferenças maiores, como insígnias e cor do uniforme para marcar diferenças entre alunas, diplomadas e docentes por exemplo (ibidem, p. 3).

As autoras ainda citam que, especialmente na área da Saúde Mental, a divisão do trabalho em tarefas, despersonalização do cuidado, distanciamento emocional, eliminar decisões, cuidado ritualizado e automatizado, distribuição de culpa são comportamentos que são bastante presentes e que afetam negativamente a relação enfermeiro-paciente.

Portanto, frente a essas questões, em contraponto à prática clínica que apresenta a medicalização como única via para se tratar os diversos sofrimentos, que culmina na padronização do gozo, que não interpela os sujeitos quanto ao seu desejo nem ao seu gozo, a fim de se obter economia do laço social com o Outro (ROSA, 2010).

Alçamos mão da psicanálise por saber que sua aposta se faz no sujeito e não no medicamento. Contudo, como bem foi reconhecido por Lacan, “a psicanálise desempenhou um papel na direção da subjetividade moderna, e não pode sustentá-lo sem ordená-lo pelo movimento que na ciência o elucida” (LACAN, 1953, p. 285). Logo, ressaltamos que não colocamos a psicanálise na pretensão de ser um substituto para os benzodiazepínicos, ou propagar uma melhor solução para os males. Colocamos a psicanálise em um lugar de soma à ciência, pela possibilidade inaugurada pelo discurso do analista, sendo o único que possibilita o lugar do outro ser o sujeito do discurso.

Apostar no sujeito, significa ir além da proposta generalizante, restituir um lugar para a singularidade, abrindo espaço para uma escuta, dando a possibilidade de resgatar a ideia de Platão, em que a palavra pode ser um *phármakon*, termo grego de sentido ambíguo, como possibilidade de ser um remédio, mas também um veneno. Essa forma dual também é própria do sintoma do sujeito, que ao mesmo tempo que é um problema é uma solução para o sujeito.

Assim, chego ao final da pesquisa resgatando as palavras-significantes emprestadas da música de Chico Buarque que se destacaram no título, “suportar” e “assistir”. Elas não foram escolhidas sem ter uma forte ligação com minha trajetória acadêmica e profissional. Além do mais, ambas carregam mais de um sentido que devem ser considerados. A palavra “suportar” possui diversos sentidos, ao mesmo tempo pode significar aturar, aguentar, pode passar também a significar sustentar, dar suporte, carregar, servir de apoio e ainda aceitar, permitir.

Desse mesmo modo, foi o meu encontro com o outro nas práticas clínicas, questionando minha capacidade de sustentar o seu sofrimento, a angústia de conseguir oferecer alguma resposta, que o meu “assistir” fosse uma assistência que não se resumisse a mera observação. A riqueza dessas palavras me capturou pela possibilidade de podermos (re)significar nossas práticas em saúde, como o sentido que consegui extrair com essa pesquisa, de oferecer um suporte ao paciente no sentido de ser capaz de tolerar, aceitar sem se opor ao mal-estar do outro.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1ª edição brasileira, coordenada e revista por Alfredo Bosi. Revisão da tradução e tradução dos novos textos por Ivone Castilho Benedetti. 2007.
- AGUIAR, A. A. de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida ea medicalização da existência**. Relume Dumará, 2004.
- ALBERTI, S. **O discurso do capitalista e o mal-estar na cultura**. Rio de Janeiro, 2000.
- ALMEIDA, R. de C. de A. Psicanalista: profissão impossível. **Psicanálise & Barroco em revista**. v.7, n.1: jul. 2009. p.89-116. ALMEIDA FILHO, N. de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>. Acesso em: 24 jan. 2016
- ALVES, R. **Sobre demônios e pecados**. Verus editora, 2009.
- ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 24 jan. 2016.
- AUCHEWSKI L., ANDREATINI R., GALDURÓZ J. C. F., LACERDA R. B. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatria**. 2004; 26(1): 24-31.
- BRAUNSTEIN, N. **Gozo**. São Paulo: Escuta, 2007.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51. 2001. p. 138-145.
- CALAZANS, R.; NEVES, T. I. Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 13, n. 2, p. 191-205, 2010.
- CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, p. 124-131, 2008.

CARDOZA, I. **Da Montagem Perversa ao Discurso do Capitalista no laço da atualidade ou do absurdo ofertado como uma flor**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC, São Paulo, 2009.

CARVALHO, F. Z. F. **O sujeito no discurso: Pechêux e Lacan**. (2008) Tese (Programa de Pós-graduação em Estudos Lingüísticos) Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, Magda. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, São Paulo, v. 8, n. 15, jun. 2003.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2011.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia (boletim 47). São Paulo, Unifesp, 2003.

CECCARELLI, P. R. Considerações sobre pesquisa em psicanálise. in: **Psicologia: diálogos contemporâneos**. Melo & Júnior (org.) Curitiba: CRV, p. 137-146, 2012.

CUNHA, B. M. C. **Psicanálise e Drogadição: contribuições para o cuidado clínico em Enfermagem**. (2012) Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

DIAS, M. das G. L. V. O sintoma: De Freud a Lacan. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, mai/ago. 2006. p. 399-405.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV-breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611-626, 2011.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: AnnaBlume, 2011.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3ª Edição. Rio de Janeiro; Zahar, 2004.

ELIA, L.; ALBERTI, S. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FEITOSA, R. M. M. **Cuidado Clínico de Enfermagem aos Trabalhadores em Sofrimento Psíquico: interface com a psicanálise.** (2013) Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

FIGUEIREDO, A. C; VIEIRA, M. A.; MIRANDA, C. L. Cuidando de quem cuida: uma experiência de supervisão em enfermagem. **Cadernos do IPUB.** Rio de Janeiro, v. VI, n. 19, p. 37-53, 2000.

FINGERMAN, D.; DIAS, M. M. **Por causa do pior.** Editora Iluminuras Ltda, 2005.

FIRMINO K. F., ABREU M. H. N.G., PERINI E., MAGALHÃES S. M. S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2011 Jun.; 27(6):1223-32.

FONSECA, R. M. G. S. da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev.latino-am.enfermagem** Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, janeiro 1997.

FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos:** uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica.** 2. Ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREUD, S. (1900) A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Editora Imago, 1996.

FREUD S. (1912a) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: FREUD, S. In: Freud S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso schreber”), artigos sobre técnica e outros textos.** Tradução: Paulo César de Souza. vol. 10. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1912b) A dinâmica da transferência. In: FREUD, S. **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso schreber”), artigos sobre técnica e outros textos.** Tradução: Paulo César de Souza. vol. 10. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1915a). O Inconsciente. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914-1916). Tradução: Paulo César de Souza. Vol. 12. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1915b). A Repressão. In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. Vol. 12. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1916). O sentido dos sintomas. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. Tradução: Paulo César de Souza. Vol. 13. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: FREUD, S. **História de uma Neurose infantil (“o homem dos lobos”), além do princípio do prazer e outros textos**. Tradução: Paulo César de Souza. Vol. 14. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Trad. Paulo César de Souza. Vol. 17. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1930) O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. **O mal-estar da civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos**. Trad. Paulo César de Souza. Vol. 18. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

_____. (1937) Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1980.

GALDURÓZ, J. C. F. NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Rev Latinoam Enferm**, v. 13, n. Esp, 2005.9

GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 69-84, Mar. 2014 .

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, v. 16, n. 40. 2012. p. 21-34.

GOODMAN, J. G.; GILMAN, A. G. **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. New York: McGraw-Hill, 1996.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev. Enfermagem**. UERJ Rio de Janeiro: outubro/dezembro, 2006. p.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enfermagem**. UERJ Rio de Janeiro: outubro/dezembro, 2007.

GRANDA, E.; BREILH, J. **Saúde na sociedade**. São Paulo: Abrasco, v. 13, p. 161, 1989.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, 2007 jan.-abr.; 33(1): 151-161.

HUF, G. et al. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 351-362, abr./jun. 2000.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan**. Vol. 1: As bases conceituais. 5 ed. Zahar, 2008.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Nova Fronteira, 1975.

IRIBARRY, I.N. O que é pesquisa psicanalítica. **Ágora**, v.6, n. 1, jan/jun, 2003. p.115-138.

KAPLAN, H. I., & SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. Artes Médicas Sul, 1999.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. 2003. 157 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

_____. (1956-1957) **O seminário, livro 4: a relação com o objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1957-1958). **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1968-1969). **O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. (1969-1970). **O seminário livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1971-1972). O seminário, Livro 19: o saber do psicanalista. **O seminário livro 19: O saber do psicanalista**, 2000-2001.

_____. (1972). Du discours psychanalytique. In: **Lacan in Italie**. Milão: La Salamandra, 1978.

_____. (1972-1973). **O Seminário: Livro 20: Mais, ainda**. Rio de Janeiro, Zahar Editor, 1985.

_____. (1973). **O Aturdido**. In: LACAN, J. **Outros escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc**, v. 84, p. 131-157, 1976.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (org.). **Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LIMA, D. W. da C. **A Escuta no cuidado clínico de Enfermagem ao sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

MEHDI, T. Benzodiazepines revisited. **British Journal of Medical Practitioners**, v. 5, n. 1, 2012. p. 501.

MARTINS, I. C. **Uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres: contribuições para a clínica de enfermagem**. 2014. 152 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos

em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

MENDONÇA, R. T. Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, 2011.p.43-50. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/536/66>

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 1, n. 2, p. 0-0, 2005.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de; VIEIRA, E. M.; ADORNO, R. de D. C. F. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008. p. 95-106.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**. v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez, 1994.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde**: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. 2013.

NOIA, A. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. de O.; LEBRÃO, M. L.; LIEBER, N. S. R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 38-43, 2012.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSES ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificações 2001-2002. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

NORDON, D. G.; AKAMINE K.; HÜBNER, C. V. K., NOVO, N. F. Características da população que usa benzodiazepínicos em Unidade Básica de Saúde da Vila Barão de Sorocaba. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**. v. 12,n. 2, p. 14-20, 2010.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. V. K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, p. 66-69, 2009.

OLIVEIRA A. G. B.; ALESSI NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**; maio-junho; 11(3):333-40, 2003.

OLIVEIRA, E. N.; AGUIAR, J. M. A.; CAVALCANTE, M. M. B. Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia? **Essentia**, Sobral, vol. 13, nº 1, p. 25-38, jun./nov.2011

OLIVEIRA, E. N. **Saúde mental e mulheres: Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Edições UVA, 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Unicamp, 1992.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. spe, p. 896-902, 2005.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIVA FILHO, F. **Contribuições da Psicanálise para a Clínica de Enfermagem em Drogadição: do drogadito aos ditos dos drogados**. (2011) Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 1, p. 38-41, 2003.

QUEIROZ NETTO M. U. DE ; FREITAS O. DE; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. **ver. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, 2012;33(1):77-81.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 4 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

QUINET. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. In: VIANA, N. (Org.) **Psicanálise, Capitalismo e Cotidiano**. Goiânia, 2002. P.31-38.

_____. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

RODRIGUES, A. G. R.; CARNEIRO, H. F. Para além da contabilização dos mortos: violência e sofrimento psíquico. In: OLIVEIRA, M. A. de; RODRIGUES, A. G. R.;

CARNEIRO, C.; SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.) Sofrimento psíquico e a cultura contemporânea: Perspectivas teórico-clínicas. Fortaleza: EdUECE, 2014.

ROSA, M. Jacques Lacan e a clínica do consumo. **Psicol. clín**, v. 22, n. 1, p. 157-171, 2010.

ROSA, B.P.G.D., WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.** [online]. 2011, vol.23, pp. 37-44.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2000.

SALES, L. S. **Determinação versus subjetividade:** apropriação e ultrapassagem do estruturalismo pela psicanálise lacaniana. Tese. (Doutorado em Filosofia). Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2007.

SARKIS, S. H. O gozo em sua articulação com o sintoma. **Revista de Psicanálise**, v. 5, n. 2, p. 104-118, 2007.

SCHOUTEN, M. J. **Uma sociologia do gênero.** Húmus, 2011.

SILVA, J. M. da. A caminho do método. In: GALENO, A.; CASTRO, G. de; SILVA, J. C. da (Orgs.). **Complexidade à flor da pele:** ensaios sobre ciência, cultura e comunicação. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA A. T. M. C.; BARROS S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 36(1): 4-9. 2002.

SILVA, R. O. da; BATISTA, L. M.; ASSIS, T. S. de. Análise do perfil de uso de benzodiazepínicos em usuários de um hospital universitário da Paraíba. **Rev. Bras. Farm**, v. 94, n. 1, p. 59-65, 2013.

SILVA, T. C.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 486-490, 2008.

SILVEIRA, L. C.; FEITOSA, R. M. M.; PALÁCIO, P. D. B. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, p. 19-33, 2014.

SILVEIRA, L. C.; MARTINS, I. C.; RODRIGUES, Z. Women's benzodiazepine abuse: a psychoanalytic approach. In: Khanlou, N.; Pilkington, B. (Editors) **Women's mental health:**

resistance and resilience in community and society. *Advances in Mental Health and Addiction* (Series Editor: Masood Zangeneh). New York: Springer. 2015

SIMANKE, R.T. **Metapsicologia lacaniana** – os anos de formação. São Paulo: Discurso Editorial; Curitiba: Editora da UFPR, 2002.

SOLER, C. **O que Lacan dizia das mulheres**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

SOUZA, A. R. L. de; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Apr. 2013 .

TEIXEIRA, T. M. L. **Análise de discurso e psicanálise**: elementos para uma abordagem do sentido no discurso. 2ª Ed. Edipucrs, 2005.

TELLES FILHO, P. C. P.; CHAGAS, A. R. das; PINHEIRO, M. L. P.; LIMA, A. M. de J.; DURÃO, A. M. S. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Esc. Anna Nery** [online]. 2011, vol.15, n.3 [cited 2015-02-22], pp. 581-586.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 3, p. 3615-24, 2010.

TFOUNI, F. E. V. O interdito como fundador do discurso. **Letras & Letras**, v. 22, n. 1, 2006.

TFOUNI, F. E. V. Interdito e o silêncio: duas abordagens do impossível na linguagem. **Linguagem em (Dis) curso**, v. 8, n. 2, p. 353-372, 2010.

VALAS, Patrick. **As dimensões do gozo**. Zahar, 2001.

VIEIRA, A.N. Tese (Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

ZIZEK, S. Como Marx inventou o sintoma. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

APÊNDICE

APÊNDICE A QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Sujeitos da Pesquisa	Especialização	Anos de Formação	Idade	Sexo	Regional
Enfermeira 01	Esp. Saúde do Trabalhador Mestrado em Cuidados Clínicos	22 anos	45 anos	Fem.	UBS Regional I
Enfermeira 02	Esp. Saúde da Família e Mestrado Profissional em Saúde da Família	30 anos	52 anos	Fem.	UBS Regional V
Enfermeira 03	Esp. Saúde Pública	6 anos	28 anos	Fem.	CAPS Regional V
Enfermeira 04*	-	-	-	Fem.	CAPS Regional VI
Enfermeira 05	Sem especialização.	5 anos	28 anos	Fem.	UBS Regional VI
Enfermeiro 06	Esp. Enfermagem Clínica e Informática em Saúde	14 anos	38 anos	Masc.	UBS Regional IV
Enfermeiro 07	Esp. em Saúde da Família e Saúde Pública	21 anos	46 anos	Masc.	CAPS Regional II
Enfermeira 08	Esp. Saúde da Família	18 anos	43 anos	Fem.	UBS Regional II
Enfermeira 09	Esp. Saúde da família, Enfermagem do trabalho e Auditoria	5 anos	38 anos	Fem.	UBS Regional III
Enfermeira 10	Esp. Saúde da família e Saúde do Trabalhador	5 anos	34 anos	Fem.	Regional III CAPS
Médica 01	Esp. Saúde da Família e Pediatria	26 anos	48 anos	Fem.	UBS Regional V
Médico 02	Esp. Medicina do Trabalho Mestrado em Saúde Pública	16 anos	41 anos	Masc.	UBS Regional VI
Médico 03	Residência em Pediatria	13 anos	37 anos	Masc.	UBS Regional IV
Médico 04	Psiquiatria e Psicoterapia	26 anos	50 anos	Masc.	CAPS Regional II
Médica 05	Residência em Oftalmologia	13 anos	38 anos	Fem.	UBS Regional II

Médica 06*	Residência em Pediatria	3 anos	-	Fem.	UBS Regional III
Médico 07	Residência Em Medicina Psiquiátrica	5 anos	30 anos	Masc.	CAPS Regional III
Médico 08	Residência Em Medicina Psiquiátrica e Medicina Preventiva e Social	26 anos	50 anos	Masc.	CAPS Regional III

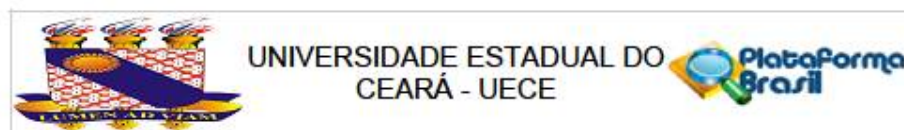
* Alguns profissionais tiveram dados que não foram fornecidos.

APÊNDICE B – Instrumento para entrevista com os profissionais enfermeiros e médicos**PESQUISA PPSUS****Identificação:****Unidade de Saúde:** _____**Categoria Profissional:** _____ **Especialização:** __________ **Idade:** _____ **Anos de Formado:** _____**Entrevista:****1 – Como você percebe a demanda por benzodiazepínicos na sua prática clínica?**

- a) Quais as queixas mais frequentes que você relaciona com a prescrição de benzodiazepínicos?
- b) A literatura refere que a demanda por benzodiazepínicos é maior entre as mulheres. Você percebe isso na sua prática? Em caso afirmativo, a que você atribui?
- c) Como você identifica na sua prática clínica situações onde ocorre uma procura abusiva por benzodiazepínicos (uso prologado, questões sociais, etc.)? Como você procede nesses casos?
- d) Que intervenções são realizadas para essas mulheres no âmbito da UBS como um todo e no âmbito singular da sua assistência?

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado CEP da UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso abusivo de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde mental: um estudo sobre a vulnerabilidade e a subjetividade feminina

Pesquisador: Lia Carneiro Silveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30278114.3.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO CEARENSE DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 690.266

Data da Relatoria: 09/06/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo busca investigar o uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres atendidas no SUS e fatores relacionados. Serão aplicados questionários às mulheres, entrevistas a profissionais e escutas clínicas a mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Geral: Investigar o uso abusivo de drogas benzodiazepínicas na atenção à saúde mental com enfoque nas dimensões da vulnerabilidade e da subjetividade feminina

Objetivo Secundário:

- Investigar como se dá a associação entre o abuso de drogas benzodiazepínicas por mulheres quanto aos dados pessoais, sócio-econômicos e clínicos.
- Compreender a relação entre a queixa trazida pela mulher ao serviço de saúde e a tradução dessa queixa, pelo profissional, em um quadro clínico que requeira a prescrição de benzodiazepínicos;
- Elaborar uma proposta metodológica da construção do caso-clínico em psicanálise para o cuidado clínico ao sofrimento psíquico.
- Analisar, na perspectiva da Clínica do Sujeito, a participação das mulheres nas

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br