

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**RENATO JOSÉ DE ÁVILA**

**“A pílula da felicidade”:  
a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os  
imperativos do discurso capitalista.**

**Belo Horizonte**

**2014**

RENATO JOSÉ DE ÁVILA

“A pílula da felicidade”:  
a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os  
imperativos do discurso capitalista.

Dissertação apresentada ao Departamento  
de Psicologia da Universidade Federal de  
Minas Gerais, como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia.

Área de concentração: Estudos  
Psicanalíticos

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Maria Rosa  
Vieira Luchina

Belo Horizonte

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Biblioteca Prof. Antônio Luiz Paixão – FAFICH

Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais

150

A958p

2014

Ávila, Renato José de

"A pílula da felicidade": [manuscrito] : a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista. / Renato José de Ávila. - 2014.

73 f.

Orientadora: Márcia Maria Rosa Vieira Luchina.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Fluoxetina – Teses. 3. Capitalismo - Teses. 4. Psiquiatria - Teses. 5. Psicanálise - Teses. I. Vieira, Márcia Maria Rosa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Nome: Ávila, Renato José de

Título: “A pílula da felicidade”: a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Maria Rosa Vieira Luchina

Instituição: UFMG

Assinatura:\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jacqueline de Oliveira Moreira

Instituição: PUC/Minas

Assinatura:\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Oswaldo França Neto

Instituição: UFMG

Assinatura:\_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PPG  
PSICOLOGIA  
UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**“A Pílula da felicidade”: A demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista.**

### RENATO JOSE DE AVILA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 29 de abril de 2014, pela banca constituída pelos membros:

*Marcia Maria Rosa Vieira Luchina*

Prof(a). Marcia Maria Rosa Vieira Luchina - Orientador  
UFMG

*Oswaldo França Neto*

Prof(a). Oswaldo França Neto  
UFMG

*Jaqueline de Oliveira Moreira*

Prof(a). Jacqueline de Oliveira Moreira  
PUC-MG

Belo Horizonte, 29 de abril de 2014.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus. Força e presença constante em cada passo dado nessa vida!

Gostaria de exprimir meus mais generosos agradecimentos à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Márcia Rosa, por acolher e possibilitar, desde a Banca de Seleção do Mestrado, a realização desse trabalho. Suas preci(o)sas contribuições permitiram delimitar os contornos do objeto em estudo.

Meus sinceros agradecimentos aos queridos professores: Dr<sup>a</sup>. Andréa Guerra, pelas palavras de encorajamento; Renato Diniz, por causar o desejo pela saúde mental. Vocês são fontes de inspiração nessa caminhada, cujas valiosas contribuições são, em muito, anteriores ao exame de qualificação.

Aos professores, Dr. Oswaldo França Neto e Dr<sup>a</sup>. Jacqueline de Oliveira Moreira, por aceitarem o convite para a banca de defesa do mestrado e pelas significativas contribuições a este trabalho.

Karla Perdigão, por sua gestão cuidadosa e por não medir esforços para que esse percurso pudesse ser construído. Pela confiança, coragem e por partilhar das dores e da leveza que a falta pode implicar.

Cláudia Generoso, pelo zelo com o qual acolheu e acompanhou meus primeiros passos na saúde mental, apontando sempre o lugar da psicanálise na prática feita por muitos.

Ao amigo Fábio Dias, pelas inestimáveis contribuições em minha prática profissional e acadêmica que muito agregaram neste percurso rumo ao mestrado.

Adriano Gonçalves e Cláudia Miranda, pelo convite à gerência do CAPS III de Contagem e, sobretudo, pela confiança, respeito e pelos aprendizados proporcionados.

À Susana Teatini, cuja amizade foi como bálsamo nesse percurso.

Diego Alonso, pelos encontros e trocas sempre enriquecedoras desde a graduação em psicologia.

Amanda Castro, Pe. Quirino Quadros, Anderson Oliveira, Ernestina Cláudia, Rosária Marry e Geralcine, por cada contribuição, desde o primeiro encontro.

A meus pais, Arlindo e Margarida, e a meu irmão, Geraldo, por me permitirem seguir desejando e compreenderem, com o carinho de sempre, os momentos de ausência e de impossibilidade.

E em especial, à minha analista, Mônica Eulália, por sua inestimável e sempre precisa escuta, sem a qual, a aposta no desejo não seria possível, e o mal-estar, insuportável.

Agradeço ainda àqueles que, de um modo ou de outro, colaboraram para a realização desse trabalho. A todos, a sinceridade de um eterno sentimento de gratidão.

*“A ciência moderna ainda não produziu um medicamento tranquilizador tão eficaz como o são umas poucas palavras boas.”  
(Freud)*



## RESUMO:

Ávila, R. J. (2014) *“A pílula da felicidade”*: a demanda e o consumo de Fluoxetina e suas relações com os imperativos do discurso capitalista. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A referida dissertação pretende investigar, à luz da psicanálise, as relações do sujeito com o medicamento psicotrópico em um ambulatório de saúde mental de um município da região metropolitana de Belo Horizonte. Balizada por uma discussão acerca do fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade, valemo-nos de fragmentos de discussões clínicas com alguns médicos da rede assistencial desse município e de fragmentos de casos acolhidos nesse ambulatório. Perguntamo-nos se a demanda e o consumo da Fluoxetina, por parte desses pacientes, estariam regidos por imperativos do discurso capitalista. Propomos que, com a aliança entre a psiquiatria e as neurociências, sob os auspícios desse discurso, institui-se uma compreensão biologicista do sofrimento psíquico na contemporaneidade, do qual depreendemos a depressão e seu tratamento psicofarmacológico como alguns de seus índices. Não obstante, nossa discussão visa ainda uma abordagem histórica da depressão sob a perspectiva da psiquiatria, bem como suas possíveis leituras também no campo da psicanálise, com Freud e Lacan. Valendo-nos da teoria psicanalítica e sustentados por fragmentos de casos, interrogamos a depressão desses sujeitos que recorrem ao consumo da Fluoxetina. E, por fim, ao retomarmos nossa questão inicial, apontamos que a demanda e o consumo dessa substância encontram-se regidos por imperativos do discurso capitalista, sob a exigência de bem-estar, produtividade e alívio imediato do sofrimento psíquico por parte desses sujeitos.

**Palavras-chave:** Fluoxetina; Discurso Capitalista; Psiquiatria; Psicanálise; Depressão; Imperativos.

## ABSTRACT:

Ávila, R. J. (2014) *“The pill of happiness”: the demand and consumption of Fluoxetine and their relation with the imperatives of the capitalist speech. Master’s Dissertation*, Psychology’s Department, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

This dissertation intends to investigate, in light of psychoanalysis, the relationship between subject and psychotropic medicine in a mental health clinic of a city in a metropolitan area of Belo Horizonte. Considering the current discussion about the excessive use of medicines nowadays, we use fragments of clinics discussions with doctors that works in the city and fragments of cases of patients under treatment in this clinic. Our question is if the demand and consumption of Fluoxetine by this patients is somehow related with the imperatives of the capitalist speech. We propose that with the alliance between psychiatry and neurosciences there has been a biological understanding of psychic suffering, that led to increasing rates of depression and abuse of pharmacological treatment. Our study seeks as well a historic approach of depression, in the optic of psychiatry, and some possible readings about this in the field of psychoanalysis, with Freud and Lacan. By means of psychoanalysis, and using case’s fragments, we interrogate the depression of these subjects that are looking for treatment with Fluoxetine. Finally, we concluded that the demand and consumption of this substance are governed by capitalist speech imperatives, like welfare, productivity and immediate relief of psychic suffering of these subjects.

**Key Words:** Fluoxetine; Speech Capitalist; Psychiatry; Psychoanalysis; Depression; Imperatives.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO 1 – OS IMPACTOS DA MEDICALIZAÇÃO NO CONTEMPORÂNEO: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA DEMANDA PELA FLUOXETINA</b>	<b>13</b>
1.1 – Da prática à discussão clínica: formulando uma questão	13
1.2 – Uma psiquiatria sem psicanálise: O DSM e a medicalização do sujeito	17
1.3 – Do discurso do mestre ao discurso capitalista	24
1.3.1 – O discurso do mestre	24
1.3.2 – O discurso do capitalista e a “descoberta” da “Pílula da Felicidade”	29
1.4 – A “descoberta” da “Pílula da Felicidade”: um breve histórico da Fluoxetina	33
1.5 – A destituição de um saber e o gozo com o medicamento: um efeito colateral da Fluoxetina na clínica médica	35
1.6 – A Fluoxetina como parceiro-sintoma	38
<b>CAPÍTULO 2 – A DEMANDA E O CONSUMO DE FLUOXETINA: IMPERATIVOS DO DISCURSO CAPITALISTA?</b>	<b>42</b>
2.1 – Da depressão em psiquiatria à covardia moral em psicanálise	45
2.1.1 – Da melancolia à depressão em psiquiatria	45
2.1.2 – Freud e os estados depressivos	48
2.1.3 – Dor de existir e covardia moral: leituras lacanianas da depressão	50
2.2 – A depressão feminina no ambulatório de Saúde Mental	53
2.3 – A demanda e o consumo de Fluoxetina e os imperativos do discurso capitalista	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>68</b>

## INTRODUÇÃO

Por que investigar as relações do sujeito com o medicamento psicotrópico na contemporaneidade? Essa inquietação já se fazia presente desde nosso primeiro encontro com o campo da saúde mental, ainda como estagiário de um Programa de Extensão da PUC-Minas. Anos mais tarde, quando do término da graduação em Psicologia, surge a oportunidade de atuar como psicólogo em um CAPS III de um município de aproximadamente 200 mil habitantes. Em ambas as experiências, tivemos a oportunidade de observar uma declarada preferência dos sujeitos por métodos químicos no tratamento de suas dores subjetivas.

Algum tempo depois, na condição de psicólogo e coordenador de um Ambulatório de Saúde Mental, em município de aproximadamente 13 mil habitantes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, não nos deparamos com uma realidade diferenciada. Tal como em nossas experiências anteriores, a busca evidente e em caráter de exclusividade pelo tratamento medicamentoso para tais dores, parece encontrar solo fértil em lugares cada vez mais insuspeitos. Se encontramos uma gama de aspectos por meio dos quais podemos apartar esses municípios para além das distâncias geográficas, encontramos motivos pelos quais sua aproximação pode ser realizada sem muita hesitação. Ao contrário do que se poderia presumir, a crescente demanda e consumo de medicamentos psicotrópicos ultrapassa fronteiras e não se restringe aos grandes centros urbanos, com seu ritmo sempre agitado.

Como psicólogo do ambulatório dessa pequena cidade, com frequência, nos deparávamos com sujeitos, ora resistentes, ora refratários ao discurso analítico e em busca de soluções rápidas para as dores das quais se queixavam. Como coordenador, observamos nas discussões com alguns dos médicos, clínicos e psiquiatras, relatos de que seus pacientes encontravam-se cada vez mais intolerantes a todo e qualquer tipo de sofrimento. Sem se perguntarem sobre a origem de suas dores, esses pacientes se dirigiam à figura do médico demandando-lhe a prescrição de uma substância que pudesse aplacar essas dores. Parte substancial desses pacientes faziam do antidepressivo Fluoxetina o objeto eleito para o tratamento de suas aflições. Tais observações são confirmadas pelo

levantamento que realizamos junto à farmácia municipal, onde encontramos esse medicamento como o mais distribuído entre todos os psicotrópicos, de 2009 a 2011.

Essa realidade suscitou uma interrogação que nos conduziu ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG, qual seja, ***se estaria a demanda e o consumo da Fluoxetina, por parte desses sujeitos, sob os imperativos do discurso capitalista.***

A fim de tentarmos responder a presente questão, servimo-nos de achados decorrentes das reuniões mensais entre a coordenação de saúde mental do município e alguns prescritores, clínicos e psiquiatras, bem como de fragmentos de casos (a)colhidos nesse ambulatório. Aqui, a pesquisa em psicanálise será utilizada, e nossa escolha metodológica se justifica na medida em que, segundo Freud (1923/1996a), além de uma teoria e de um método de tratamento, a psicanálise é “um procedimento de investigação dos processos psíquicos, que, de outra forma, mal seriam acessíveis.” (p. 253). Segundo Elia (2000), trata-se de um modelo subversivo de produção de saber, onde o trabalho de pesquisa se processa através da “inclusão do sujeito no campo de sua experiência... pela via do inconsciente: o sujeito da psicanálise só pode ser incluído como sujeito do inconsciente” (p. 22). Por isso, ele nos lembra que toda pesquisa em psicanálise é sempre uma pesquisa clínica, não por fazer do *setting* terapêutico seu campo, mas por ser apenas por meio da clínica psicanalítica a possibilidade de acesso ao sujeito do inconsciente.

Em vista das considerações anteriores, essa dissertação encontra-se, metodologicamente, dividida em dois capítulos.

No primeiro deles, objetivamos discutir os impactos da medicalização no mundo contemporâneo, principalmente aquele que vai desembocar nas demandas feitas aos diversos serviços de saúde. Para tal, nosso foco se desdobra em investigar o processo de ruptura entre a psiquiatria e a psicanálise, ruptura ocasionada pelo desenvolvimento da psicofarmacologia e das neurociências, para então acentuarmos seus reflexos na forma de abordagem do sintoma psíquico na contemporaneidade. Propomos que, nos dias atuais, o mal-estar do sujeito, enquanto resultante de sua inserção no universo simbólico da cultura, passa a ser tratado por meio de objetos de consumo produzidos pela aliança entre a ciência e o discurso capitalista. Dentre tais objetos, destacamos o medicamento psicotrópico como tributário dessa aliança que promete uma satisfação rápida e eficaz no

tratamento do mal-estar do sujeito. Em seguida, nosso interesse recai sobre a história da Fluoxetina, um psicotrópico antidepressivo criado nos Estados Unidos na década de 1980, que rapidamente se populariza na clínica médica, tornando-se conhecido como “A Pílula da Felicidade”. Por esse trajeto, procuramos demonstrar que, diferentemente dos demais psicotrópicos da época, a Fluoxetina não foi propriamente descoberta, mas planejadamente desenvolvida num processo oneroso, com alta tecnologia, mas lucrativo. Na sequência, balizados por questões suscitadas nas reuniões entre a coordenação de saúde mental do município e alguns prescritores da rede, salientamos a destituição do saber médico por parte desses pacientes quando da demanda por essa substância. Ao término deste capítulo, nosso interesse recaiu sobre o medicamento como parceiro-sintoma do sujeito na contemporaneidade.

Já no segundo capítulo, incitados por fragmentos de casos (a)colhidos no ambulatório de saúde mental, nos propusemos enfocar a depressão sob o prisma tanto da psiquiatria quanto da psicanálise. Para abordá-la nesse primeiro campo, partimos da concepção hipocrática da melancolia como decorrente de um desequilíbrio das substâncias constitutivas do humano, até a síndrome depressiva e seu tratamento medicamentoso pela psiquiatria na contemporaneidade. Já na psicanálise freudiana, a depressão aparece como resultado inerente ao trabalho de luto, sobre o qual nos desaconselha uma intervenção médica. Em Lacan, encontramos a depressão associada à castração como dor de existir e à covardia moral, à qual propõe, antes de tudo, um tratamento pela via da linguagem.

Em seguida, dois fragmentos de casos, pensados à luz da psicanálise, nos fornecem elementos para respondermos a pergunta sobre o que deprimiria aqueles usuários de Fluoxetina acolhidos nesse ambulatório. Por fim, nos voltamos à questão inicial que sustenta nossa proposta de trabalho, a saber, se a demanda e o consumo de Fluoxetina, por parte desses pacientes, estariam sob os imperativos do discurso capitalista. Nesse ponto, localizamos a demanda e o consumo da substância articulados às exigências de bem-estar, produtividade e alívio de suas dores subjetivas.

## CAPÍTULO 1:

### **OS IMPACTOS DA MEDICALIZAÇÃO NO CONTEMPORÂNEO: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA DEMANDA PELA FLUOXETINA**

#### *1.1) Da prática à discussão clínica: formulando uma questão.*

As formulações que ora apresentamos são frutos de uma experiência como psicólogo e coordenador do Programa de Saúde Mental de um município da região metropolitana de Belo Horizonte durante os anos de 2011 e 2012. Naquela ocasião, quanto aos dispositivos de atenção à saúde mental, o município dispunha de um Ambulatório de Psicologia com um profissional com carga horária de 20 horas semanais e um Ambulatório de Psiquiatria com a realização de atendimentos uma vez por semana.

Chamou-nos a atenção o fato de que, naquela cidade de aproximadamente 13 mil habitantes, não era incomum observar uma disputa por parte dos moradores a uma vaga para atendimento nesses ambulatórios, sobretudo para o atendimento psiquiátrico que acontecia às sextas-feiras. Os atendimentos psiquiátricos iniciavam-se às oito horas da manhã e, em função do elevado número de atendimentos, raramente as atividades desse ambulatório encerravam-se antes das dezoito horas, quando, na verdade, deveriam encerrar-se às dezesseis. Eram realizadas, em média, 40 consultas psiquiátricas a cada sexta-feira, fato que, por diversas vezes, motivou reuniões nas quais eram tratados assuntos relativos à necessidade de erigir estratégias de saúde mental dentro das Equipes de Saúde da Família. A urgência que se fazia presente era ilustrada pelas elevadas taxas de autoextermínio do município, índices crescentes de reinternações em hospitais psiquiátricos decorrentes de mandatos judiciais, frequentes desestabilizações dos casos de psicose e a existência de uma lista de espera para os atendimentos.

Em face desses problemas, optamos, inicialmente, por realizar um levantamento dos pacientes atendidos nesse ambulatório, contemplando a hipótese diagnóstica de acordo com os parâmetros da Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10 –, o histórico de tratamento

desses pacientes, a origem do encaminhamento e a região da cidade as quais pertenciam.

De modo concomitante a busca por esses dados, realizou-se uma ampliação dos atendimentos em psicologia, levando um ambulatório para cada uma das Equipes de Saúde da Família, de modo que não se concentrassem apenas no Centro de Especialidades daquele município. Além dessa ampliação, as Equipes de Saúde da Família tinham a oportunidade de um espaço para a discussão e estudo de casos, atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas, sempre que necessário.

Entretanto, tão logo demos início a essas atividades, já era possível ouvir de uma considerável parcela de usuários das Equipes de Saúde da Família, a demanda de ampliação dos atendimentos em psiquiatria. Essa demanda era justificada, ora por uma história pregressa do uso de psicotrópicos, ora pela história atual de uso, ora pela tonalidade com a qual descreviam seus impasses cotidianos. Se por um lado a demanda se tornava exponencial e incessante, essa somente se apaziguava, temporariamente, por meio de uma prescrição medicamentosa.

Parte desses pacientes, na ocasião em que eram encaminhados aos cuidados da psicologia, demonstravam-se resistentes a serem acompanhados. Não infrequente era a queixa de não disporem de tempo para a realização dos atendimentos. Outros, por desconhecimento do fazer do profissional de psicologia, buscavam ali a renovação de uma prescrição medicamentosa, na maioria das vezes, a Fluoxetina. Em outros casos, a demanda se apresentava como a necessidade de um encaminhamento ao Ambulatório de Psiquiatria.

Ademais, era possível observar quão corriqueira vinha se tornando, entre esses pacientes, a prática de aquisição, sobretudo da Fluoxetina, por meios inabituais<sup>1</sup>. Relatos de início do uso dessa substância por pacientes para os quais nunca fora prescrito tal medicação, ou ainda, casos em que, após a interrupção desassistida ou mesmo a suspensão terapêutica do medicamento, o uso da Fluoxetina era retomado sem os cuidados médicos. Não obstante, nos atendimentos em psicologia, parte considerável dos usuários dessa substância relatavam usos

---

<sup>1</sup> Alguns usuários de Fluoxetina relatavam que já adquiriram o medicamento com outros usuários na forma de empréstimos, outros cediam a substância para não usuários sem necessidade de reposição.



inadequados da mesma, não obedecendo aos rigores da prescrição médica. Por diversas vezes ouvimos de alguns médicos relatos que seus pacientes faziam uso abusivo e uso errôneo da medicação. Casos em que o paciente consumia a Fluoxetina no “*modelo analgésico*”, ou seja, diversas vezes ao dia. Outros casos em que o consumo se dava em horários inadequados e em quantidades excessivas ao prescrito. Em algumas reuniões de equipe, os médicos discorriam sobre as queixas apresentadas pelos pacientes para o início ou continuidade do consumo da Fluoxetina. As queixas geralmente se ligavam a quadros de luto, conflitos de ordem familiar, no trabalho, tristezas, reações ansiosas. Não raramente, ouvíamos comentários de que, parte considerável desses pacientes, relatavam uma dependência da Fluoxetina. No dizer desses profissionais, seus pacientes chegavam a referir-se a Fluoxetina como “*a minha Fluoxetina*”, “*meu Prozac*” e a tratá-la como uma parceira do dia-a-dia capaz de retirar o mal-estar e, ao mesmo tempo, proporcionar sensações prazerosas e de bem-estar. Conforme a observação desses profissionais, a prescrição da Fluoxetina tem sido demandada para os fatos mais corriqueiros da vida. Segundo seus comentários, a prescrição desse medicamento tem sido demanda para questões “*mais leves*”, pelo incentivo de outros usuários, pelo acesso as informações sobre o medicamento na mídia, pela intolerância ao desprazer, pela facilidade de acesso a essa medicação, bem como por sua estreita margem de efeitos colaterais indesejáveis.

Não obstante, os prescritores também sinalizavam a existência de relatos de “*dependência psíquica*” desse medicamento. Não infrequentes eram as menções de seus pacientes a dificuldade de se manterem sem a medicação. Por diversas vezes, a demanda pela substância nos consultórios eram acompanhadas por uma pressão por parte dos pacientes sobre o médico, de modo a causar-lhes certo constrangimento e, portanto, conseguir a prescrição desse medicamento. Outros relatos se davam em referência ao modo hostil com o qual respondiam à possibilidade de retirada terapêutica do medicamento, uma vez que tais pacientes consideravam-se dependentes do mesmo e sem condições de “*viver sem o medicamento*”. Diante do fato, esses profissionais chegavam a mencionar a possibilidade de uma “*dependência emocional*” ao medicamento. Alguns termos eram utilizados para ilustrar a relação do paciente com essa medicação: “*virou rotina*”, “*é hábito igual o cigarro*”, “*é costume*”, “*está virando uma coisa cultural*”,

*“sofre se ficar sem, mas tem medo de ter complicações pelo uso a longo prazo”, “é um laço que dá prazer”*, dentre outras.

Considerada uma panaceia para os males que os afligiam, alguns pacientes faziam uso da Fluoxetina frente aos mais diversos acontecimentos cotidianos. O consumo se mantinha aliado à aspiração de uma melhora imediata dos conflitos, sensações e sentimentos que porventura tais situações mais corriqueiras do dia-a-dia pudessem engendrar. Formas de uso abusivo, de usos indiscriminados da droga, somados à resistência e intolerância por parte de alguns pacientes em efetuar uma redução da posologia ou suspensão terapêutica da substância, evidenciavam um distanciamento do sujeito relativo à sua condição subjetiva e, ao mesmo tempo, denunciavam o alheamento das suas implicações em seu sofrimento.

Em face dessas observações, obtivemos, junto a Farmácia Municipal, alguns dados quantitativos referentes à distribuição dessa substância nos últimos quatro anos, ou seja, no período compreendido entre 2009 à 2012.

Nesse sentido, de acordo com os registros de distribuição disponibilizados pela farmacêutica responsável, observamos que, desde 2009, a Fluoxetina tem ocupado um lugar de destaque entre as demais substâncias psicotrópicas. Ou seja, apesar de apresentar queda no último ano, ainda se mantém como a substância mais distribuída<sup>2</sup> em relação às demais. Abaixo, para efeito de comparação/ilustração numérica, encontramos:

Substância	mg	Ano 2009 /Cps*	Ano 2010/Cps*	Ano 2011/Cps*
Fluoxetina	20	84.839	128.867	123.449
Imipramina	25	52.223	50.208	60.342
Clonazepan	2	57.106	94.663	109.513

<sup>2</sup> A Fluoxetina é uma substância psicotrópica antidepressiva disponibilizada pela rede pública de saúde em alguns municípios. Conforme a portaria 344/98, sua dispensação ao usuário, na farmácia pública ou privada, se dá apenas sob prescrição médica. (Ministério da Saúde, 1998)

Diazepan	10	70.445	64.877	58.486
Nortriptilina**	25	890	4.920	11.930
Nortriptilina**	50	6.390	11.030	12.300

*Tabela 1 – Dispensação de psicotrópicos na farmácia municipal.*

*Fonte: Programa Farmácia de Minas/ Secretaria Municipal de Saúde (Jan/2013)*

*\*Cps: Comprimidos*

*\*\* Aumento decorrente do programa de tratamento do tabagismo.*

O levantamento realizado na Farmácia Municipal referente ao ano de 2012 demonstrou uma queda na distribuição dessa substância. Tal como informado, foram distribuídos 107.650 comprimidos de Fluoxetina até 10 de novembro de 2012. Após essa data, o medicamento esteve em falta no município até o início de 2013.<sup>3</sup>

Desse modo, ante as resistências apresentadas ao uso terapêutico da Fluoxetina por parte de tais pacientes, sua disparidade em relação à distribuição dos demais medicamentos psicotrópicos, conforme demonstrado pelos registros farmacêuticos do município, bem como dos novos desafios impostos ao trabalho clínico-psicanalítico na contemporaneidade, nossa indagação pode ser assim formulada: **“Estaria a demanda e o consumo de Fluoxetina, por parte desses pacientes, sob os imperativos do discurso capitalista?”**.

A tentativa de investigar a presente questão, impõe-nos a tarefa de buscar compreender, a princípio, os impactos da medicalização no contemporâneo. Restringir-nos-emos, nesse primeiro capítulo, a discutir alguns desses impactos naquilo que concerne aos achados decorrentes das discussões mensais entre a coordenação de saúde mental do município e os profissionais médicos do município, psiquiatras e clínicos.

## *1.2) Uma psiquiatria sem psicanálise: O DSM<sup>4</sup> e a medicalização do sujeito.*

<sup>3</sup> Durante esse período, muitos usuários adquiriram a medicação em farmácias particulares ou através de empréstimos com outros usuários.

<sup>4</sup> Ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), teve sua primeira edição publicada em 1952 pela Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association – APA). O DSM-I, afirmam Dunker e Neto (2011),

A psiquiatria sempre reivindicou um lugar entre os demais campos de saberes da medicina biológica. Na tentativa de estabelecer-se no campo médico por meio dos mesmos critérios que arregimentam a medicina como um campo de saber considerado científico, a psiquiatria sempre viu sua busca pela objetividade se deparar com as causas morais. (Birman, 2011) Seu insucesso decorre do fracasso de sustentar a existência de bases orgânicas para os sintomas psíquicos.

Birman (2011) comenta que a psiquiatria, até 1970, serviu-se de suas relações com o discurso psicopatológico de base psicanalítica. A psicopatologia fundamental no campo psiquiátrico era a psicopatologia elaborada por Freud. Segundo demonstra Rodrigues (2003)

À época, a relação entre Psiquiatria e Psicanálise era evidente e significativa. Vivia-se nos Estados Unidos, especialmente em função de Adolf Meyer, a era da chamada “Psiquiatria dinâmica”: os transtornos mentais eram considerados secundários à angústia, que, por sua vez se originaria de conflitos intrapsíquicos inconscientes. (p. 13)

Entretanto, já em 1950, o desenvolvimento da psicofarmacologia adentra o campo psiquiátrico como um recurso ao qual se deveria lançar mão sempre associado à psicoterapia para garantir a eficácia do tratamento desse sintoma. Face ao desenvolvimento da psicofarmacologia, a parceria entre a psiquiatria e a psicopatologia psicanalítica não permanece incólume por muitos anos. Além disso, a psiquiatria estabelece uma aliança com as neurociências e, por meio dela, insiste em encontrar as bases orgânicas das patologias psíquicas, bases tão almejadas para sua inscrição no campo da medicina científica. As neurociências fornecem, por meio de suas investigações sobre o funcionamento neuroquímico, um novo modelo de psicopatologia à psiquiatria, e essa rompe, vez por todas, a relação com a psicanálise. Nesse sentido, a biologia se tornou o fundamento “incontestável da psicopatologia na atualidade” (Birman, 2011, p. 192) e fez nascer a psiquiatria biológica.

Dunker e Kyrillos Neto (2011) comentam que o DSM-III já deixava entrever o resultado dessa ruptura ao pretender extirpar de suas páginas o conceito de neurose, sob o argumento de tratar-se de uma noção vaga e não científica. Além do

---

decorre do intento dos Estados Unidos em ampliar as informações estatísticas sobre os transtornos mentais no país e garantir um novo guia para aos hospitais psiquiátricos, que até então, se baseavam no censo de 1880 que contava apenas com 07 categorias diagnósticas. No ano de 1952, surge o DSM-I, que faz passar de 07 para 22 categorias de transtornos.

mais, a elaboração do DSM-III teve como principal motivação o desejo de se estabelecer uma linguagem uniforme e universal no campo da psiquiatria, fazendo subsumir o equívoco inerente à comunicação.

Portanto, nos vinte anos que separam o DSM-III do IV, rompeu-se a tradição, desde Pinel, em que a caracterização das formas de sofrimento, alienação ou patologia mental fazia-se acompanhar da fundamentação da crítica filosófica. Rompeu-se não só o casamento entre psicanálise e psiquiatria, celebrado sob os auspícios de figuras de compromisso, como a psiquiatria psicodinâmica, mas também certa forma de fundamentar ou fazer psicopatologia. Ou seja, em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, recorreu-se a unidade desambiguadora da norma. (Dunker & Kyrillos Neto, 2011, pp. 616-617)

Sendo assim, ao optar pela simples descrição dos sintomas, esses manuais prestam-se mais a nortear a formulação do diagnóstico de modo a garantirem uma retirada, do horizonte psiquiátrico, de toda e qualquer hipótese etiopatogênica daquilo que se pretende descrever. Calcado em critérios estatísticos, o patológico em psiquiatria é então referido à norma social. Conforme Barreto (2002), apesar da busca pelos fundamentos biológicos e genéticos dos transtornos mentais incitados pela aliança entre a psiquiatria e as neurociências, o patológico continua a ser concebido “sempre em contraposição à norma cultural ou social. E desde sempre a cura tem situado, no seu horizonte, a adaptação social.” (Barreto, 2002, p. 58)

Desse modo, os diagnósticos são pensados “como instrumentos convencionais, dispensando qualquer referência ontológica. A única exigência seria a concordância no plano descritivo.” (Dunker & Kyrillos Neto, 2011, p. 616) Quinet (2009) nos recorda que, tanto o DSM quanto a CID, não são manuais de psiquiatria, mas, muito antes, manuais diagnósticos.

Notadamente, outra característica que concerne à discussão acerca desses manuais, é seu caráter eminentemente atóxico. Mas o que se buscaria a partir de tal situação? De acordo com Nogueira (2013), a questão seria fazer supor que não haveria “tendências preexistentes em sua elaboração e aplicação.” (p. 03)

Cabe fazer notar que, não obstante o papel desempenhado pela psicofarmacologia na separação da psiquiatria do campo psicanalítico, o medicamento passa a usufruir de uma relevante função na definição diagnóstica do transtorno mental<sup>5</sup>. Nas palavras de Rodrigues (2003),

---

<sup>5</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o termo transtorno é utilizado para “indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na

Os limites da Psiquiatria biológica vão continuamente se ampliando; a cada dia o que anteriormente se considerava característica de personalidade hoje é convertido em doença – o que atualmente é uma progressiva compreensão neuroquímica dos fenômenos psíquicos, em que todos os dias são criadas novas patologias para as quais se busca uma solução medicamentosa. Quadros como a neurose depressiva, por exemplo, em função de sua resposta à medicação, recebem uma nova denominação nosológica – distímia – e, convertidos em “transtornos” passam a ter a medicação como tratamento de eleição. (p. 15)

As elaborações de Guarrido (2007) podem ser consideradas nessa mesma direção. A autora nomeia como assustadora a inversão que se opera no modo de abordagem diagnóstica do sintoma psíquico até psiquiatria contemporânea de base biologicista. Ressalta que ao se relegar a verdade do sintoma ao funcionamento bioquímico, o medicamento será uma das ferramentas principais na nomeação do transtorno, bem como na regulação deste.

Uma vez tendo se tornado uma referência no diálogo no interior da psiquiatria, o DSM extrapola esses limites e transforma-se em balizador da gestão em saúde pública, sobretudo no campo da saúde mental. Conhecer a prevalência dos transtornos mentais em uma dada região permite um investimento financeiro mais adequado, bem como intenta favorecer o emprego de modalidades de intervenções mais eficazes na resolução desses problemas. Cumpre salientar que o ideal pragmático em questão é indissociável da ideia de garantia de bem-estar como redução/eliminação do sofrimento subjetivo. Outro elemento a que visa o ideal pragmático é o de encontrar formas de tratamento cuja redução/eliminação desses sofrimentos possam acontecer em intervalos de tempo cada vez menores e a baixos custos. Daí a preferência pelos meios químicos em detrimento das demais formas de saber na abordagem de tal sofrimento. Enquanto um ideal contemporâneo, todas as práticas de tratamento são convocadas a demonstrarem sua eficácia para que possam ser reconhecidas no plano oficial (Dunker & Kyrillos Neto, 2011). Com isso, as escalas de adaptação social podem ser, portanto, consideradas tributárias da busca pelos ideais de eficácia contemporâneos.

Calazans e Lustoza (2008) defendem que atualmente é possível identificar uma proliferação de discursos que se contrapõem à psicanálise a fim de questionar sua validade diante das patologias que acometem o homem na contemporaneidade.

---

maioria dos casos, a sofrimento” e prejuízo das funções pessoais. (Organização Mundial de Saúde [O.M.S], 1993/2008, p. 05)

As críticas que pretendem predicar como senil as descobertas psicanalíticas se apoiam em propostas julgadas mais eficazes no tratamento do mal-estar do sujeito do século XXI. Entretanto, como sustentam esses autores, sob o véu dessa crítica, o que se pode depreender é uma tentativa equivocada de “tratar problemas éticos como se fossem orgânicos”, e ainda, alcançar uma “objetivação de algo que não é científico: o sujeito.” (Calazans & Lustoza, 2008, p. 126)

Segundo Quinet (2009), as bases sobre as quais se fundamentam e se edificam as críticas operadas em relação à psicanálise, desconsideram a imutabilidade das estruturas que condicionam a emergência dos fenômenos que são capturados pela psiquiatria contemporânea. Nesse sentido, afirma o autor que:

Enquanto os critérios de diagnóstico têm variado e se amplificado na psiquiatria contemporânea, a psicanálise vem lidando com praticamente as mesmas referências diagnósticas empregadas por Freud. Isto porque, se as formas dos sintomas mudam de acordo com o discurso dominante na civilização, as estruturas clínicas permanecem as mesmas. (Quinet, 2009, p. 10)

O problema identificado pelo autor diz, fundamentalmente, do aprisionamento da psiquiatria ao que chama de invólucro formal do sintoma<sup>6</sup>, este condicionado segundo as formas que o sujeito, em cada momento histórico, encontra para lidar com a falta que se inscreve em sua subjetividade.

O DSM-IV, versão atual e revisada em 2000, sustenta critérios diagnósticos baseando-os em categorias de transtornos mentais. Essa estratégia compreende uma seriação desses transtornos que são, na definição proposta por Laia (2011), politético-categóricos. Politéticos em função de que nem todos os sintomas descritos em uma determinada categoria de transtornos são necessários para que se possa

---

<sup>6</sup> Segundo Marcos e Júnior (2013), o termo “invólucro formal do sintoma” foi apresentado por Lacan em seu texto de 1966, intitulado “De nossos antecedentes”, e encontra-se referido à vertente simbólica do sintoma. Para Vanier (2002), durante a década de 1950, Lacan concebeu o sintoma como sendo essencialmente simbólico, como “uma fala amordaçada, uma verdade escondida... a espera de ser decifrado, de ser lido” (p. 209), e seu desaparecimento estaria condicionado à sua decifração. Entretanto, Lacan reconhece que, no sintoma, algo escapa à ordem simbólica e apresenta-se como uma resistência ao processo analítico. Identifica a existência de uma satisfação paradoxal no sintoma, um núcleo de gozo que faz com que esse não possa ser suprimido pela via da linguagem. Nesse sentido, nos dirá, em seu seminário sobre *A Angústia*, que “o sintoma, por natureza, é gozo, não se esqueçam disso, gozo encoberto” (Lacan, 1962-1963/2005, p. 140) que insiste, resiste e do qual o sujeito não se liberta. Essa última, trata-se do sintoma em sua vertente de gozo.

atribuir um determinado diagnóstico a um indivíduo específico. Categóricos por se pautarem num binarismo ou uma oposição em que não se admitem exceções.

Tal seria o exemplo de um transtorno depressivo que, a partir da emergência de episódios maníacos ou hipomaníacos, passaria a ser categorizado como transtorno afetivo bipolar, e não mais como transtorno depressivo.

Para Laia (2011), com a edição do DSM-V, cuja pedra angular é a radicalização de uma perspectiva dimensional dos transtornos mentais, a contrapartida será a erradicação, vez por todas, da presença do sujeito<sup>7</sup>, tal como a psicanálise o concebe, e sua implicação em seu sintoma. Abordar os transtornos pela via da dimensionalidade implicaria em considerar gradações ou níveis de intensidade em um mesmo transtorno.

Pautados por esse tipo de proposição, os transtornos mentais passariam a se distinguir, tal como acontece em diferentes doenças orgânicas afetadas pelos índices de pressão sanguínea ou de colesterol, em função de graus e quantidade de dimensões e não apenas pelos limites rígidos entre as categorias. (Laia, 2011, p. 08)

A compulsividade, por exemplo, é um quadro bastante esclarecedor para se compreender o que se passa na via da dimensionalidade. Segundo o argumento de Laia (2011), a compulsividade estaria mais próxima de uma proposta dimensional do que propriamente categórica, pois essa não se manifesta como “um fenômeno do tipo ‘ou isso ou aquilo’” (p. 09), já que ela existe em graus e não em uma oposição categórica. Nesse sentido, a dimensionalidade não pode ser pensada sem a presença de escalas de avaliação e medida, escalas que pretendem reduzir e quantificar as manifestações do sujeito no sintoma.

Ao comentar o diagnóstico em psiquiatria, pautado em um consenso estatístico e na imersão dos medicamentos como instrumento de nomeação e correção dos transtornos mentais, Quinet (2009) dá ênfase à desconsideração dos “sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que é a estrutura do próprio sujeito.” (p. 12) O sintoma, como mostra a psicanálise, é uma formação de compromisso do sujeito e revela um impossível de gozo sem o qual a psicanálise não pode operar, pois o tratamento desse gozo implica uma solução singular que só

---

<sup>7</sup> O sujeito em psicanálise não se confunde com a consciência ou mesmo com o indivíduo. Ao contrário, é sempre um sujeito dividido pela intervenção do significante que é incapaz de representá-lo em sua totalidade. Assim, ele é sempre efeito da relação entre dois significantes.



pode ser produzida pelo próprio sujeito. É nesse sentido que a psicanálise vem reafirmar que sua ética é contrária à lógica do todo, pois, em sua acepção, o sintoma só existe na forma pela qual ele pode ser falado pelo sujeito. A psicanálise não pretende catalogar, quantificar e eliminar o sintoma tal como se aventura o saber da psiquiatria ou da medicina de um modo geral. Em vista disso, torna-se interessante a ideia apresentada por Miller (1997a) de que é da psicanálise que se pode esperar “a verdadeira disciplina do diagnóstico” (p. 125), uma vez que ela insere o sintoma em relação ao discurso do sujeito e o remete a uma estrutura psíquica.

O incremento em escala progressiva de diagnósticos psiquiátricos e medicamentos cuja pretensão seria regular as ditas “desordens” expressas pelos sintomas, só fazem reverberar o insucesso de tentar calar o sujeito. Barreto (2002) acrescenta que, à diferença da psiquiatria, a psicanálise implica não em uma leitura do sintoma como algo a corrigir, mas em encará-lo sob o prisma de um saber inconsciente a ser desvelado. Se o discurso da psiquiatria é calcado no discurso da moralidade e da conformação do sujeito à norma social, “a psicanálise, por sua vez, rege-se por uma ética que não coincide com a moral e que até mesmo se opõe a ela; ética subordinada à singularidade do desejo do sujeito” (Barreto, 2002, p. 59) e que permite passar da norma e da estatística à lógica do caso a caso.

Ainda com base nas contribuições desse autor, o medicamento na clínica psiquiátrica e na clínica psicanalítica guardam aplicações radicalmente diferentes. Se na primeira ele visa à eliminação do sintoma, na segunda seu emprego visaria uma regulação do gozo<sup>8</sup>.

O psicofármaco estaria a serviço, então, de certa regulação ou destempero do gozo, operação essa de algum modo impossibilitada de ser efetivada pela via do significante. E, o que é mais importante, seria uma intervenção sob a ética da psicanálise. (Barreto, 2002, pp. 60-61)

Conforme se pode observar por meio da alusão de Barreto ao medicamento, e também de outros autores aos quais recorreremos ao longo de nossa discussão sobre a demanda e o consumo da Fluoxetina, a eleição do medicamento como

---

<sup>8</sup> É enquanto relacionado à pulsão de morte e a compulsão à repetição em Freud, que Lacan (1969-1970/1992) nos fala sobre o gozo. Para o autor, o gozo é a satisfação da pulsão que provoca um excesso insuportável de prazer que se manifesta no corpo trazendo-lhe sofrimento. Conforme defende, “não há outra coisa a dizer – não forçosamente à dor, e sim ao desprazer, que não quer dizer outra coisa senão o gozo.” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 81)

objeto de investigação não põe em cena uma oposição ou crítica ao medicamento *per se*. Muito antes, trata-se de lançar luz sobre o modo pelo qual esse vem incidir sobre a clínica psicanalítica, considerando o modo pelo qual o sujeito passa a fazer uso dele, mas, sem relegar a segundo plano, o universo cultural no qual ambos se inscrevem.

Sendo assim, fizemos do encontro com os médicos e de questões que foram suscitadas durante algumas de nossas reuniões, o guia, em um primeiro momento, no percurso dessa dissertação. Uma delas, como descrito anteriormente, diz respeito à recusa, por parte desses pacientes, de outras modalidades de abordagem e tratamento de seu sofrimento que não pela via do uso do psicotrópico, mais especificamente, da Fluoxetina. Esse fato, justificado na maioria das vezes por parte dos pacientes pela necessidade de alívio rápido dos sintomas, lança-nos diretamente à leitura da contemporaneidade, onde se produzem novos modelos de subjetivação a partir dos ideais do discurso capitalista e das produções da ciência.

Ao admitirmos tais aspectos, somos direcionados a investigar os ideais engendrados na contemporaneidade, via discurso capitalista, e a situar o lugar da produção dos objetos da ciência no cerne desse discurso. Ao mesmo tempo, procuraremos demonstrar que a Fluoxetina, ao ser produzida no interior dessas relações entre o discurso capitalista e a ciência, torna-se indissociável da proposta de uma satisfação pulsional rápida, eficaz e sempre acessível, como pretendem todos os objetos aí produzidos.

A fim de compreendermos o lugar do medicamento como objeto de consumo no discurso capitalista, começaremos por uma leitura do discurso do mestre, já que é neste que Lacan assenta as bases para a compreensão do discurso capitalista.

### *1.3) Do discurso do mestre ao discurso capitalista*

#### *1.3.1) O discurso do mestre*

Freud (1930/1996) escreve, em “O Mal-estar na Civilização”, que o sofrimento se abate sobre o homem a partir de três fontes: o próprio corpo condenado à decadência e ao perecimento, o mundo externo com sua força implacável e, por fim, as relações entre os homens. A essa última fonte de sofrimento, o psicanalista

atribui especial importância por considerá-la necessária ao estabelecimento da civilização. Em sua acepção, a civilização exige do homem uma renúncia a satisfação pulsional que implicaria tratar o semelhante como um objeto a ser sexual e/ou fatalmente consumido. Freud nos reporta à ideia de que o homem trocou uma parcela de sua felicidade por sua segurança a partir do estabelecimento da civilização. A renúncia pulsional a que o sujeito é forçado a submeter-se no interior da civilização é o que nele funda o mal-estar.

Quinet (2009) comenta que, em Lacan, a teoria dos discursos representa formas de enlaçamento social, nas quais o mal-estar equivaleria à presença do objeto *a* na estrutura desses discursos. O discurso é aqui considerado uma forma de tratamento do gozo pela via da linguagem. Tal como nos sinaliza esse autor, é durante a década de 1960 que Lacan se dedica a conceitualizar o que seria o objeto *a*. Esse objeto estaria referido à linguagem, enquanto aquilo que dela escapa e aparece como resto dessa operação do significante sobre o gozo. Somente na medida em que essa noção se estrutura, Lacan pôde “dar esse passo a mais e propor um novo campo estruturado por aparelhos de linguagem que determinam as relações entre as pessoas.” (Quinet, 2009, p. 27)

A noção de discurso é importante para se compreender a formação do laço social por meio da articulação entre dois campos: o da linguagem e do gozo. Trata-se, portanto, segundo Lacan (1969-1970/1992), de abordar o discurso destituído da ideia de um discurso falado, e então pensá-lo “como uma estrutura necessária, que ultrapassa em muito a palavra, sempre mais ou menos ocasional. O que prefiro, disse, e até proclamei um dia, é um discurso sem palavras” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 11), e completa:

É que sem palavras, na verdade, ele pode muito bem subsistir. Subsiste em certas relações fundamentais. Estas, literalmente, não poderiam se manter sem a linguagem. Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai além das enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais. Se não fosse assim, o que seria do que encontramos na experiência, especialmente a analítica? (Lacan, 1969-1970/1992, p. 11)

Ao partir daí, Lacan compõe a estrutura dos discursos com quatro termos e quatro posições. Os termos são o significante-mestre ( $S_1$ ), o saber inconsciente ( $S_2$ ),

o mais-de-gozar ou pequeno a e o sujeito barrado (\$), e esses termos circulam por lugares ou posições definidas: do agente, do Outro, da produção e da verdade.



*Figura 1* – Os lugares no matema dos quatro discursos.  
 Fonte: Seminário “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992).

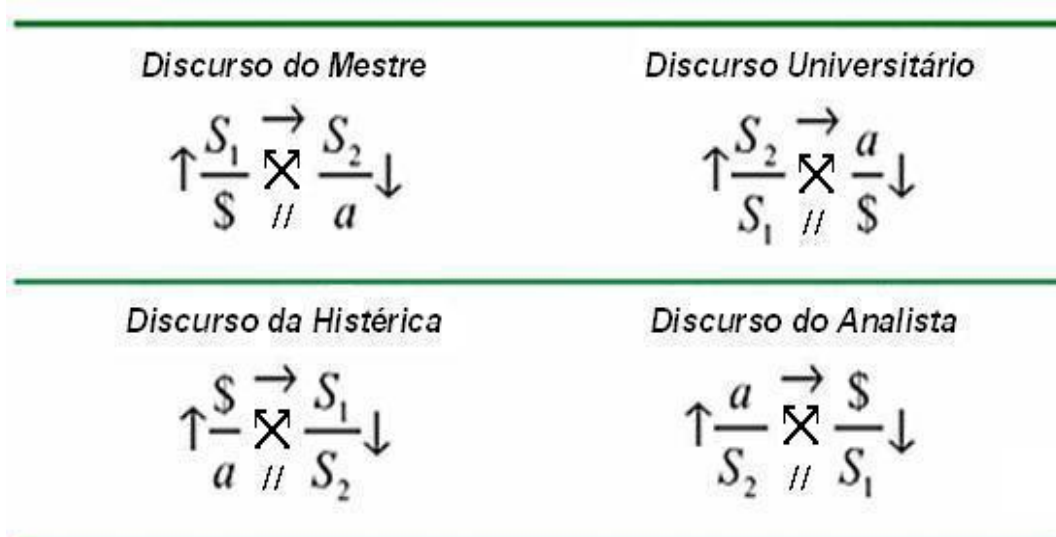
Quanto às posições, a do agente se define pela sua posição de domínio e organização do laço social. É a partir desse lugar que se comanda a produção e possibilita a alteridade na relação com aquele “a quem o discurso se dirige” (Coelho, 2006, p. 110). O agente e o Outro do discurso são interdependentes em suas constituições. Esse Outro a quem o agente se dirige é definido como aquele que se responsabiliza pelo trabalho que gera um produto que é também identificado como resto de discurso, resto do qual se apodera o agente. E, por fim, há ainda o lugar da verdade do discurso, lugar ao qual se credencia certa importância na medida em que sua função é sustentar o discurso.

Observamos que na escrita do discurso, na parte superior da barra, encontramos uma seta que liga a posição do agente ao Outro, ou seja, há uma relação direta e imediata entre eles. No que tange aos lugares da produção e da verdade, identificamos uma obstrução (//) que impede qualquer correspondência entre a produção de um discurso e a verdade que lhe dá sustentação.

Em relação aos termos,  $S_1$ , o significante-mestre, é um significante que permite o enquadramento do sujeito no universo simbólico. Sua existência é consequenciada pela rede significante que Lacan denomina saber inconsciente, ou  $S_2$ . A intervenção do significante mestre ( $S_1$ ) no campo do saber ( $S_2$ ) faz surgir o \$ sujeito dividido e, ao mesmo tempo essa articulação define algo como perda, o

pequeno (a). A esse objeto perdido, causa de desejo, escrito pelo *a*, é atribuída fundamental relevância na estrutura constitutiva dos discursos.

Desse modo, uma vez explicitados os termos e suas posições, temos quatro discursos, tal como se segue.



*Figura 2 – Matema dos quatro discursos.*

Fonte: Seminário “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992)

Embora seja o discurso do analista o discurso central em função do qual os demais venham a se inscrever, Lacan começa sua formulação da teoria dos discursos partindo do discurso do mestre. A obtenção dos demais se define por meio da permutação que os termos realizam, em um quarto de giro, pelas posições. Entretanto, em função do objeto de trabalho dessa dissertação, nos ateremos aqui apenas ao discurso do mestre, uma vez que encontramos nele as bases do discurso capitalista, necessário ao desenvolvimento de nossa investigação.

A essa primeira modalidade de discurso, Lacan alude no título de seu seminário daquele ano pelo termo “avesso”, o avesso da psicanálise.

Se retomamos brevemente o pano de fundo desse discurso, um ato governamental, pensável a partir das figuras da dialética hegeliana, o Senhor e o Escravo, vemos tratar-se de uma modalidade de laço determinada pela ordem dada ao Escravo pelo Senhor, para que esse trabalhe e produza objetos para seu consumo. O que Lacan nos faz notar é que, em Hegel, o Senhor cumpre seu papel por ocupar um certo lugar de autoridade e comandar o trabalho do Escravo. Tal como é demonstrado historicamente, o saber é situado então do lado do Escravo. Assim fica evidente, na estrutura do discurso do mestre, que o Escravo é quem

detém o saber sobre a produção, e por isso, esse saber ( $S_2$ ) caracteriza-se como um saber-fazer.

Entretanto, o que faz do Senhor um Senhor e arregimenta uma dívida do Escravo para com ele? Lacan (1969-1970/1992) nos responde que o Senhor se torna agente desse discurso por haver renunciado ao gozo primordial e exposto seu corpo à morte, enquanto que com isso, poupa o Escravo desse confronto e deixa-lhe o gozo. O retorno do gozo ao Senhor só é obtido através da ordem que é preciso dar ao Escravo para que esse trabalhe. Cito Lacan (1969-1970/1992):

Como é que o gozo volta a ficar ao alcance do senhor para manifestar sua exigência? Creio tê-lo explicado bem, a seu tempo, mas retomo isto porque nunca é demais repetir as coisas importantes. O senhor faz, em tudo isso, um pequeno esforço para que a coisa funcione – quer dizer, dá a ordem. Simplesmente cumprindo sua função de senhor, ele perde alguma coisa. Essa coisa perdida, é por aí que pelo menos algo do gozo deve ser lhe restituído – precisamente o mais-de-gozar. (p. 100)

O mais-de-gozar, ( $a$ ), apresentado no discurso do mestre, situado no lugar da produção, é elevado à condição de causa de desejo do mestre e visado no ato de repetição do trabalho do escravo. Entretanto, o desejo do Senhor é por ele próprio desconhecido, o que permite defini-lo como desejo do Outro, uma vez que é o Escravo quem detém o saber sobre o desejo do Senhor e a ele apresenta os objetos que pretendem saciá-lo. Há aqui uma demonstração do lugar de destaque a que se eleva o Outro (e o Escravo ocupa o lugar de Outro do Senhor), uma vez que ele é a condição pela qual o Senhor alcança a satisfação do seu desejo, mas uma satisfação sempre parcial e estritamente dependente do desejo e do trabalho desse Outro.

Portanto, ao trabalhar, o Escravo acaba por desvelar que a essência do Senhor, ou melhor, a excelência do Senhor é sustentada pela existência do \$ no lugar da verdade, o que denuncia, a um só golpe, a castração do mestre/Senhor. Segundo Lacan (1969-1970/1992), o que encontramos na estrutura desse discurso é uma tentativa obstinada do Senhor em “sustentar-se no mito ultra-reduzido de ser igual a seu próprio significante” (p.112), rechaçando sua castração.

O discurso do mestre é abordado por Lacan como o discurso do inconsciente. O significante mestre, ( $S_1$ ), agente de castração, quando remetido em direção aos outros significantes que compõem a rede do saber ( $S_2$ ), produz uma entropia, uma perda, um desperdício de energia a ser recuperada na forma do mais-de-gozar, ( $a$ ).

Esse mais-de-gozar, (a), oriundo da repetição de  $S_1$  sobre  $S_2$ , permite o funcionamento do inconsciente. É sob a lógica do discurso do mestre, discurso esse que imprime uma renúncia pulsional ao sujeito, que se torna possível obter como finalidade, a organização e desenvolvimento da cena social. Portanto, ele é considerado uma forma de laço social civilizador.

### 1.3.2) O discurso capitalista e a “descoberta” da “pílula da felicidade”.

Embora existam menções de Lacan ao discurso do capitalista em trabalhos como “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992), “Radiofonia” (1970/2003), “O Saber do Psicanalista” (1971-1972/2000) e “Televisão” (1974/2003), a formulação matemática desse discurso só apareceu em uma conferência proferida em 1972 em Milão, intitulada “Do discurso psicanalítico.”

Nesse trabalho, Lacan (1972/2013) afirma que a escritura desse discurso está condicionada a uma inversão entre os termos que ocupam os lugares do agente e da verdade no discurso do mestre. Essa alteração, à qual Lacan chega a denominar “mutação”, pode ser considerada suficiente para romper com a lógica estrutural dos quatro discursos, pois, naquilo que lhes concerne, Lacan (1969-1970/1992) lembrava-nos que:

Se parece legítimo que a cadeia, a sucessão de letras dessa álgebra, não pode ser desarrumada, ao nos dedicarmos à operação de quarto de giro, iremos obter quatro estruturas, não mais, das quais a primeira lhes mostra de algum modo o ponto de partida. (p. 12)

Retomemos o matema do discurso do mestre em contraposição ao discurso do capitalista, considerado por Lacan o discurso do mestre moderno.



*Figura 3 – Matema do discurso do mestre e matema do discurso capitalista.*

Fonte: Seminário “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992); Conferência de Milão (1972/2013)

De acordo com a escritura que aqui se apresenta, diferenças fundamentais podem ser demarcadas entre esses discursos. Lacan (1972/2013) nos faz notar a inversão do vetor que, no discurso do mestre, partia do lugar da verdade em direção ao lugar do agente, mostra ainda a supressão do vetor que liga o agente do discurso ao Outro, responsável por possibilitar a existência do laço social. Além disso, no discurso do mestre, a impossibilidade que se marca pela disjunção (//) entre os campos da produção e da verdade é desfeita no discurso do capitalista.

As mutações na estrutura do discurso do mestre assinaladas por Lacan em sua “Conferência em Milão”, autorizam-no a qualificar o discurso do capitalista como um discurso astuto, porém insustentável. Ao referir-se a ele, Lacan (1972/2013) nos diz:

Loucamente astuto, mas destinado a explodir. Em suma, e depois de tudo o mais astuto que existe como discurso. Mas não está menos destinado a explodir. É que insustentável. É insustentável... em um truque que poderia explicar-lhes... porque o discurso do capitalista é assim, vocês o veem... uma pequena inversão simplesmente entre o S1 e o S... que é o sujeito... é suficiente para que isto marche sobre rodas, não pode marchar melhor, mas justamente marcha demasiadamente rápido, se consuma, se consuma tão bem que se consome. (p. 13)

Lacan (1971-1972/2000) irá dizer-nos ainda, que a característica primordial desse discurso pode ser referida a sua intenção de banir de seu horizonte a castração do sujeito. O discurso do capitalista não é um discurso que regula e faz renunciar ao gozo, mas um discurso que incita a satisfação pulsional e faz crer na existência de um objeto capaz de suturar a falta constitutiva do sujeito. Colocado na condição de agente desse discurso, o sujeito se vê frente a frente com um objeto forjado pela aliança entre o discurso capitalista e a ciência, em sua vertente tecnocientífica, para ser elevado à condição de causa de desejo. Agora, é com esses objetos que os sujeitos passam a se relacionar em escala sempre crescente. À propósito de tais objetos, que Lacan (1969-1970/1992) denominará de *latusas*, lê-se:

pequenos objetos *a* que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que os governa, pensem neles como *latusas*. Percebo tardiamente, porque não foi há tanto tempo que inventei, que rima com *ventosa*. Há vento ali dentro, muito vento, vento da voz humana. É bastante cômico descobrir isto no final do encontro. (pp. 153-54)



Tal como podemos observar, o encontro tão desejado pelo sujeito com um objeto capaz de suturar-lhe a hiância instaurada por sua entrada na linguagem, não passa de uma miragem sobre a qual se devota. Entretanto, encontrar o vento ali dentro não desfaz a crença do sujeito de que, na lógica do mercado, ainda existe ou existirá esse objeto precioso capaz de devolver-lhe o gozo perdido. Há no mercado um objeto adequado a cada consumidor, só resta-lhe encontrar aquele que mais adequadamente preencherá o vazio de seu desejo. No cerne da estrutura desse discurso, o sujeito é condenado a uma busca insana pelo objeto sem nunca encontrá-lo, já que o desejo obedece à lógica metonímica e desloca-se “de objeto em objeto sem nenhum respeito pelo que seria uma orientação ‘natural’”. (Chemama, 1997, p. 27) É por difundir essa crença aos sujeitos de que o objeto é sempre disponível, que Lacan (1971-1972/2000) se autoriza a afirmar que o discurso capitalista “com uma cara melhor, funciona melhor, vocês são mais engabelados! De qualquer modo, vocês nem se dão conta.” (p. 37)

Sujeitos engabelados, como frisa Lacan, não simplesmente em decorrência da crença na disponibilidade do objeto no mercado, onde esse pode ser comprado e dali extrair um gozo sem interdição, mas, sobretudo por esse discurso fazer supor que o sujeito é seu agente, quando, na verdade, é o objeto que o possui.

Miller (2004) lembra-nos que Lacan propôs que, na contemporaneidade, o objeto *a* é elevado ao zênite social, ou seja, desfruta de certa primazia em relação aos ideais morais e tradicionais da civilização. Esse objeto, quando na condição privilegiada a que o discurso do capitalista permite-lhe alcançar, produz novos e variados estilos de vida.

Para Gonçalves (2000), a passagem do modelo de ciência tradicional, calcada na busca pelo conhecimento, para a ciência em sua vertente tecnocientífica, aquela na qual se produzem objetos que antes não existiam no campo da percepção, é, ao lado das estratégias de marketing, responsável por instaurar o sujeito no lugar de uma insatisfação constante. É preciso haver sempre um gozo-em-falta para que ele possa lançar o sujeito na crença de que o gozo prometido estará disponível com o próximo objeto. O objeto *a*, enquanto produto do saber, científico inclusive, saber que ocupa o lugar do Outro no discurso do capitalista, engendra um “falta em gozar” que relança o sujeito ao consumo desenfreado. Isso porque o que existe no discurso capitalista no lugar da verdade, ( $S_1$ ), é um

imperativo puro e absoluto, cuja ordem “é continuar a produzir ‘falta-de-gozar.’ Algo como: ‘careça!’ ‘Faltar’ torna-se um imperativo e não uma condição de estrutura (sob a forma de um vazio).” (Gonçalves, 2000, p. 72)

Em vista do acima exposto, voltamos à nossa questão fundamental, ou seja, a demanda e o consumo de psicotrópicos. Nogueira Filho (2008) observa que, no cerne do discurso capitalista, não importa ao sujeito o mais-de-gozar como gozo a recuperar, mas alcançar o gozo que falta. Segundo o autor, o discurso do capitalista “é o cenário para o medicamento ocupar o lugar do objeto que completa a falta-a-gozar.” (Nogueira Filho, 2008, p. 89)

Nesse contexto, Quinet (2009) ressalta que os psicofármacos são objetos produzidos pelo saber das neurociências e financiados pelo capitalismo. Ele afirma ainda que esses medicamentos podem entrar no circuito dos objetos de consumo engendrados pelo discurso capitalista e, posto isso, nos adverte dos impactos dessa aliança na sociedade contemporânea:

Em vez de termos drogas cada vez mais eficazes para combater novos males decorrentes da transformação da sociedade, será que não são os “males” que agora são criados e categorizados em novas síndromes para serem então tratados pelas novas drogas?

Temos aqui duas hipóteses: a evolução da ciência na psiquiatria produz novos remédios para novos males; ou ela produz os “males”, pseudos novos males, para que sejam tratados por medicamentos que ela fabrica. Neste caso, vemos as neurociências a serviço do discurso capitalista produzindo não só novas drogas (novos *gadgets*<sup>9</sup>), mas também... novas categorias diagnósticas que justificariam assim “médica-mente” a utilização dos psicofármacos. (Quinet, 2009, p. 22)

Esses comentários convergem com a fala de alguns médicos durante as reuniões de equipe e nos dão alguns indícios de algumas das finalidades para as quais a Fluoxetina tem sido prescrita. Segundo comentam os médicos, a Fluoxetina não é prescrita apenas para os casos em que se constata o diagnóstico de depressão. Eles nos lembram da intolerância dos pacientes a todos os tipos de sofrimento que, na maioria das vezes, são formações reativas a certas circunstâncias da vida, porém, nunca interpretadas de tal modo por esses pacientes. Os médicos comentam ainda que os pacientes já se autodiagnosticam como sujeitos deprimidos com base em apenas um ou dois sintomas de um quadro depressivo e,

---

<sup>9</sup> Segundo Quinet (2009), trata-se de um termo utilizado por Lacan (1969-1970/1992) para referir-se aos objetos de consumo produzidos pelo saber das tecnociências, cujo propósito seria o de oferecer um gozo fugaz aos sujeitos e causar-lhes seu desejo.

com isso, acreditam já terem o suficiente para imprimir uma exigência sobre o médico para a prescrição do medicamento.

Roudinesco (2000) lembra-nos que a depressão tornou-se a expressão do sofrimento psíquico na contemporaneidade. A sociedade contemporânea apregoa a emancipação do sujeito sobre toda modalidade de sofrimento e, para isso, esses sujeitos veem ser-lhes receitados um sem número de medicamentos para os mais variados infortúnios com os quais possam deparar-se cotidianamente. Como nos faz recordar um desses médicos com o qual discutíamos a prescrição da Fluoxetina, essa medicação tem sido utilizada desde brigas de casal, desentendimentos familiares ou de trabalho, na perda de um ente querido ou mesmo de um animal de estimação até aos quadros de psicoses.

Para Rodrigues (2003), na contemporaneidade assistimos a um aumento progressivo de novas patologias que são convertidas em síndromes para as quais novos medicamentos são viabilizados para efetivar seu tratamento.

#### *1.4) A “descoberta” da “pílula da felicidade”: um breve histórico da Fluoxetina.*

Conforme Krammer (1994), diferentemente de outros medicamentos como a Iproniazida<sup>10</sup>, que somente alguns anos após sua sintetização teve descoberta suas propriedades antidepressivas, com a Fluoxetina a história foi diferente. Segundo relata, o Cloridrato de Fluoxetina “não foi propriamente descoberto, mas planejadamente criado, através dos esforços de uma grande indústria farmacêutica, usando o estado da arte em modelos animais e celulares e contando com a participação de cientistas de diversas disciplinas.” (Krammer, 1994, p. 76)

A tentativa de produzir um antidepressivo cujos efeitos colaterais pudessem ser reduzidos tanto quanto possível, teve início em princípios da década de 1960.

---

<sup>10</sup> Substância descoberta no início da década de 1950 e utilizada inicialmente no tratamento da tuberculose. Algum tempo depois, percebeu-se seus efeitos energizantes e, em função disso, passou a ser administrada no tratamento da depressão. Segundo Krammer (1994), “cerca de quatrocentos mil pacientes deprimidos foram tratados com a substância no primeiro ano” (p. 65), porém, 127 desses desenvolveram icterícia e diversos efeitos colaterais. Tais fatos ocasionaram, ainda na década de 1950, o fim da produção dessa substância.

Nesse momento, a Imipramina<sup>11</sup>, ainda que com alto potencial de causação de efeitos colaterais, era considerada a fórmula principal no tratamento da depressão, isso dada a retirada da Iproniazida do mercado. Tanto a Iproniazida, quanto os antidepressivos tricíclicos dos quais a Imipramina inaugura a série, bem como os Inibidores de Monoaminoxidase (MAO), eram considerados sujos por não atuarem somente sobre neurotransmissores envolvidos na depressão.

De acordo com Krammer, a busca se dirigia cada vez mais para a produção de um antidepressivo considerado “limpo”, ou seja, cuja atuação se deve exclusivamente sobre a serotonina, considerado o principal neurotransmissor envolvido nos quadros depressivos. Na década de 1970, um pesquisador da indústria farmacêutica Eli Lilly, David Wong, conseguiu sintetizar um composto com alto nível de bloqueio seletivo sobre a recaptação da serotonina, a saber, o Oxalato de Fluoxetina, que posteriormente foi aprimorado de modo a resultar no Cloridrato de Fluoxetina. Em dezembro de 1987, sob o nome comercial de Prozac, o Cloridrato de Fluoxetina foi lançado no mercado norte-americano e expandiu-se rapidamente, sobretudo no campo da atenção primária à saúde.

Dworkin (2007) comenta que, dado o elevado nível de segurança do Prozac em relação à produção de efeitos colaterais e riscos de overdoses, a substância não teve sua prescrição restrita aos profissionais de psiquiatria. O Prozac passou a ser prescrito por médicos da atenção primária inclusive para casos de infelicidade, sendo considerado como uma opção mais eficaz frente às demais modalidades de tratamento de base não medicamentosa.

Rodrigues (2003) vem assinalar que a Fluoxetina rapidamente tornou banal a utilização do uso de antidepressivos, uma vez que sua utilização tem seus limites ampliados para além dos quadros considerados patológicos. Dado ao fato de seus efeitos rapidamente “mitificados e propalados pela mídia, que ela se converte, nos Estados Unidos, na chamada ‘pílula da felicidade’.” (Rodrigues, 2003, p. 14)

Para Krammer (1994)

A história do Prozac representa uma sequência típica no moderno desenvolvimento de drogas. O medicamento resultou de um processo oneroso e lucrativo, os esforços de colaboração de cientistas que trabalham na fronteira da tecnologia de seu tempo... o Prozac

---

<sup>11</sup> Considerada a primeira substância antidepressiva não estimulante, foi descoberta pelo pesquisador suíço Ronald Kuhn em 1957. Ainda produzida e comercializada pela indústria farmacêutica, recebe o nome de *Tofranil*.

é uma droga projetada, sofisticada e de alta tecnologia. É proveniente de um mundo que mesmo a maioria dos médicos não compreende. (p. 79)

Nesse sentido, decorridos quase três décadas da “descoberta” e lançamento da Fluoxetina, esse medicamento continua a imprimir certas questões ao cotidiano daqueles que a prescrevem. Conforme relatamos, nas diversas reuniões com os médicos, com os quais discutíamos o aumento do consumo da substância no contexto de realização dessa pesquisa, parte deles demonstravam-se angustiados com os efeitos decorrentes dessa substância no exercício da prática médica. Alguns deles se referiam à destituição do seu saber por parte de um considerável número daqueles que demandavam a Fluoxetina. Seja em referência ao início do uso da substância, ao tempo de continuidade ou mesmo de interrupção do uso, a figura do médico como detentor de um saber sobre o corpo parece se desfalecer quando se trata desse medicamento. Um desses profissionais chega a referir-se ao constrangimento ao qual se sente exposto frente à demanda pela Fluoxetina. Segundo comenta, em diversas ocasiões sentiu-se compelido a prescrever a substância dado os riscos de que a imagem de seu local de trabalho pudesse ser prejudicada. Menciona ainda que com certa frequência, tais pacientes retornam aos atendimentos munidos da prescrição dessa substância emitida por diversos profissionais da rede, porém as orientações posológicas nem sempre são recebidas de bom grado por esses pacientes.

Frente a essas questões, não deixamos de nos perguntarmos sobre os impactos que a Fluoxetina, enquanto um produto do saber científico, parece imprimir no contexto da relação médico-paciente.

*1.5) A destituição de um saber e o gozo com o medicamento: um efeito colateral da Fluoxetina na clínica médica.*

Ao tecer comentários sobre a imersão do medicamento no cotidiano, Laurent (2003) lembra-nos o impacto que esse produz no campo da clínica, de modo que “define ideais de eficácia, transforma as instituições médicas, triunfa sobre a tradição e os significantes mestres. É objeto de demandas neuróticas, de exigências psicóticas e usos perversos.” (pp. 32-33) Essas afirmações de Laurent convergem para as queixas dos médicos, com os quais nos reunimos durante os anos de 2011

e 2012, enquanto desenvolvíamos os trabalhos de saúde mental em uma cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Em certa ocasião, ouvimos de um deles o quanto sentia a desautorização de seu saber por parte de alguns usuários de Fluoxetina. A queixa fazia ressoar a recusa e a desconsideração do paciente pelo saber médico que orientava tanto a prescrição quanto a posologia adequada ao tratamento do quadro do paciente em questão. A figura do médico que outrora confundia-se com a do sábio, parece não ter lugar no encontro desse profissional com seu paciente em nossos dias. Conforme esse relato, quando se trata da Fluoxetina, a disjunção da figura do médico com aquela do sábio, tem seus contornos fortemente delimitados.

Aguiar (2003) aponta para o papel da mídia no mundo globalizado e as repercussões dessa no campo da clínica naquilo que concerne a questão em estudo. Segundo comenta, as campanhas de marketing da indústria farmacêutica são responsáveis pela disseminação de uma certa leitura ou compreensão do que sejam certas patologias. Objetiva-se, com isso, colocar a população em contato com os modos de reconhecê-las e diagnosticá-las e, ao mesmo tempo, de reportá-las ao medicamento adequado a seu tratamento.

Impedida de vender os medicamentos diretamente ao consumidor que só pode obtê-los através da prescrição médica... A difusão do conceito da doença tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa fazer seu diagnóstico e sugerir o tratamento ao médico... O paciente já chega ao consultório do médico com seu diagnóstico, e logo propõe a medicação que deseja. A socialização do conceito da doença territorializa o sofrimento do paciente em determinados critérios diagnósticos e o vincula indiretamente ao medicamento, fazendo com que ele procure o médico para obter a prescrição. (Aguiar, 2003, para. 23)

Em sua conferência intitulada “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966/2001) já identificava a existência de uma progressiva mudança na função do médico na contemporaneidade. Segundo comenta, essa mudança é tributária do nascimento de um homem tomado a serviço da ciência enquanto um organismo sobre o qual se desenvolvem novos métodos de pesquisa e investigação. O fazer médico está condicionado, a partir de instrumentos oriundos do progresso da ciência, à busca pela manutenção do funcionamento do corpo, tomado sempre como puro organismo. Mas, para Lacan (1966/2001), as contribuições do médico não se restringem a tal ação, pois o médico responde a outras exigências do mundo científico. Conforme demonstra:

o mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como pede um agente distribuidor, que coloque à prova. (p. 10)

Lembra-nos ainda que o avanço científico convoca tanto os sujeitos quanto à própria medicina a uma compreensão da saúde como direito, de modo que isso desemboca, sobretudo, na criação de uma organização de cunho mundial. É esse avanço científico que, nas palavras de Lacan (1966/2001), “dá a todos a possibilidade de virem pedir ao médico seu ticket de benefício.” (p. 10)

Entretanto, Lacan (1966/2001) convida os médicos a uma reflexão ética a fim de preservar a posição médica no contexto atual marcado pelo desenvolvimento de novos instrumentos e agentes científicos de intervenção. Conforme o psicanalista, a problemática com a qual lida o médico diz respeito ao gozo, ou seja, aquilo que se abre como uma fenda na demanda que o paciente dirige-lhe. Por mais que o médico disponha de um sem número de instrumentos de intervenção sobre o corpo, a questão não se esgota na demanda do paciente, pois “no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja.” (Lacan, 1966/2001, p. 10)

A demanda pelo medicamento nos faz recordar a afirmação de Laurent (2003), quando este demonstra que seu uso não se reduz a uma ação sobre o funcionamento do organismo puro, mas recorta o corpo, na medida em que esse é feito para gozar, de um modo diferente daquele que faz a linguagem.

Ele [o medicamento] faz o sujeito conhecer um “gozo desconhecido dele mesmo”, absolutamente desconhecido. Ele não é acessível senão por esse artefato. Antes que estivessem prontos os neurolépticos e antidepressivos, não se sabia como desfrutar da serotonina ou da dopamina. Mais precisamente, estávamos aprendendo a gozar de zonas, de partes do corpo que estavam escondidas para nós. Não só gozamos do aumento ou da rarefação dos neurotransmissores, como podemos aprender a gozar de receptores bem diferentes. (Laurent, 2003, p. 41)

Para Santiago (2001a), é a questão do gozo do corpo<sup>12</sup> e a dimensão ética que ele implica que nos permite pensar a questão do consumo dos tóxicos em uma

---

<sup>12</sup> O sexto paradigma do gozo, apresentado por Miller (2012), aponta que, a partir do Seminário 20, Lacan propõe que todo gozo é sempre gozo do corpo vivo. Nesse sentido, Miller nos diz que, a demonstração de Lacan nesse trabalho “é que todo o gozo efetivo... é gozo do corpo próprio. Sempre é o corpo próprio quem goza, por qualquer que seja o meio” (p. 44).

perspectiva radicalmente diferente da dependência biológica, pois trata-se de um modo peculiar de satisfação da pulsão engendrada pelo aparato científico.

Lacan (1966/2001) dirá que a saída do médico da posição que lhe exige o discurso vigente deverá se dar a partir de um desvencilhamento da “prática psicotécnica”, ou seja, “em que as respostas são determinadas em função de certas questões, elas próprias registradas em um plano utilitário... que nada tem a ver com o fundo do que se trata na demanda do doente.” (Lacan, 1966/2001, p. 13) Lacan convoca o médico a assumir outra posição frente à demanda do paciente, a fim de produzir nele um desejo de saber, ao invés de responder a demanda a partir do poder e dos objetos que a ciência deposita em suas mãos.

#### 1.6) *A Fluoxetina como parceiro-sintoma.*

Freud (1930/1996) não se furtou a afirmativa de que a vida humana se utiliza de uma série de artifícios para tornar suportável ao homem o peso de sua existência. No conjunto daquilo que denomina como medidas paliativas, o autor inclui o uso de substâncias como a mais eficaz no apaziguamento do mal-estar inerente ao sujeito. Entretanto, se as medidas paliativas remediam a dor da existência, não há como desconsiderar que seus efeitos podem ser nefastos aos que priorizam apenas uma modalidade de tratamento, já que todo remédio comporta o veneno como sua face obscura. Sobre isso, Laurent (2003) comenta que:

Phármakon designa na mesma palavra o remédio e o mal. Freud captou desde o início essa dimensão quando não apreciou, em seu justo valor, a dimensão do hábito no uso da cocaína. Não é esta sua primeira percepção do para-além do princípio do prazer? O sujeito procura a homeostase e o bem-estar do organismo e encontra o terrível hábito, o aumento das doses, a dependência. (Laurent, 2003, p. 34)

Introduzimos aqui mais um relato colhido na discussão com um dos médicos com os quais dividíamos as inquietações sobre o consumo da Fluoxetina. Esse profissional relatava o episódio em que um de seus pacientes, usuário de Fluoxetina, procura-o demonstrando-se angustiado após assistir uma reportagem sobre os efeitos do consumo a longo prazo de medicamentos psicotrópicos. Demonstrava-se receoso em manter o uso da substância, porém recusava-se a abrir mão dela. Contou-nos esse profissional quão recorrente já se tornara, em parte dos casos, o uso da Fluoxetina naquilo que chamou de “*um modelo analgésico*” de consumo.



Segundo comenta outro profissional, a sugestão de inserção de atividades físicas como auxiliares no tratamento desses casos são, com certa frequência, rejeitadas pelos pacientes, sendo-lhes preferível apenas o uso do medicamento. Em conformidade com o que sinaliza esse profissional, a busca se dá por uma resposta imediata, porém enclausurante, cujo fim não se pode prever com clareza. Nesse sentido, reportamo-nos a uma consideração de Laurent (2008), onde o autor afirma que, na contemporaneidade, pode-se observar a expansão do casamento do corpo com esse produto da indústria farmacêutica. Com Magalhães (2005), trata-se de um sujeito que se fixa nesse objeto único e insubstituível, em que se aliam tanto o prazer quanto o desprazer e apresentam-se em uma relação que se torna “repetitiva, compulsiva e inadiável.” (p. 05)

Santiago (2001b) relata a importância das formulações de Jacques-Alain Miller a respeito do parceiro-sintoma para a compreensão do consumo de tóxicos na contemporaneidade. No intuito de compreender essa definição, é necessário apontar que, a partir de *O Seminário Livro 20, Mais, ainda*, Lacan (1972-1973/1985) propõe uma nova definição do significante na qual esse se torna a causa do gozo. Ao se interrogar sobre a relação entre o significante e o gozo, afirma:

Direi que o significante se situa no nível da substância gozante.

O significante é a causa do gozo. Sem o significante, como mesmo abordar aquela parte do corpo? Como sem o significante, centrar esse algo que, do gozo é causa material? Por mais desmanchado, por mais confuso que isto seja, é uma parte que, do corpo, é significada nesse depósito.

Irei agora direto à causa final, final em todos os sentidos do termo. Nisso que ele é termo, o significante é aquilo que faz alto ao gozo. (Lacan, 1972-1973/1985, p. 36)

É com base nessa definição dada por Lacan a respeito da relação entre o significante e o gozo que se pode apreender a noção de parceiro-sintoma. Segundo Miller (1998), é com essa tese de que o significante não simplesmente mortifica o gozo, mas é sua causa, que Lacan se vê obrigado a munir o sujeito de um corpo vivo e então designá-lo como *fallasser*. Nas palavras de Miller,

Esta perspectiva comporta, colocar em questão o próprio termo sujeito, porque o sujeito é sempre um elemento mortificado; aliás, Lacan o definiu como falta-a-ser, e é por isso que ele faz entrar o corpo vivo na psicanálise. Ele substitui o termo sujeito por *fallasser*, que é o contrário de falta-a-ser, é o sujeito mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante. (p. 102)

Nesse sentido, Harari (2008) comenta que a mudança na definição de sujeito à *fallasser*, provoca ainda uma mudança na concepção de Outro que passa a vigorar

na condição de parceiro-sintoma do *fallasser*. Para a autora, o parceiro-sintoma retrata uma “nova definição do Outro” na qual este se define “como meio de gozo. A fórmula – não há relação sexual – implica em que a parceria se faz no nível do gozo” (Harari, 2008, p. 87) na medida em que essa é “uma parceria feita a partir de uma ligação sempre sintomática.” (Harari, 2008, p. 87)

Miller (1998) acrescenta ainda que o parceiro-sintoma expressa uma forma de gozar do saber inconsciente, “um modo de gozar do corpo do Outro [*que*] é tanto o corpo próprio como o corpo de outrem.” (Miller, 1998, p. 104) Para esse autor, o Outro, tomado como corpo, não isola a definição do Outro enquanto lugar do significante, mas dá relevo a ideia de “que o significante é, ele próprio, um meio de gozo.” (Miller, 1998, p. 106)

Em seu texto “O sintoma e o cometa”, Miller (1997b) enfatiza que o último ensino de Lacan traz a marca daquilo que ele denomina de “modelo obsessivo do sintoma” (Miller, 1997b, p. 09), que pode ser explicado como um sintoma que resiste ao dizer e se traduz mais por seu alto valor de gozo do que de sentido. São sintomas que se inscrevem como uma satisfação que se vincula ao próprio corpo em detrimento do Outro. “O parceiro-sintoma droga é um exemplo, entre outros, dos novos sintomas, na medida em que o gozo se fabrica no corpo de Um, e que, sem excluir o corpo do Outro, busca prescindir dele” (p. Harari, 2008, p. 92) e, acrescentemos, evitar o confronto com os impasses oriundos do complexo de castração.

A satisfação que coloca o corpo em primeiro plano mantém estreita relação com o objeto mais-de-gozar na contemporaneidade, denunciando que o gozo do sujeito encontra-se fixado em um objeto produzido pela tecnociência e que esse recusa outras formas de satisfação. Nesse ponto, encontramos em Lacan (1972-1973/1985) a afirmação de que o parceiro do sujeito não é o Outro, mas aquilo que o substitui, constituindo-se como causa do desejo. Essa formulação de Lacan nos faz retomar a consideração de um médico a respeito do consumo da Fluoxetina, ao dizer que parte de seus pacientes retornam para atendimento com a única finalidade de reaver a prescrição do medicamento. Em alguns casos, o paciente não se queixa, mas apenas demanda a prescrição do medicamento com um “*eu vim só para buscar a receita*”, revelando assim que, na era dos novos sintomas e da parceria-sintomática, “o sujeito sabe do que goza.” (Magalhães, 2005, p. 02)

Diante de tais constatações, e tendo a clínica como guia, naquilo que ela nos assinala a partir de fragmentos de relatos desses pacientes acolhidos ao longo de minha permanência como psicólogo e gestor do programa de saúde mental do município, nos debruçaremos, no próximo capítulo dessa dissertação, à investigação das relações do sujeito com o medicamento Fluoxetina. Pretendemos lançar um olhar sobre a demanda e o consumo dessa substância, bem como tentaremos discutir as assim ditas depressões, com Freud e Lacan, na tentativa de elucidar a existência de uma possível relação dessa demanda e consumo com os imperativos do discurso capitalista.

## CAPÍTULO 2:

### A DEMANDA E O CONSUMO DE FLUOXETINA: IMPERATIVOS DO DISCURSO CAPITALISTA?

Nossa trajetória enquanto psicólogo e coordenador de saúde mental, por inúmeras vezes, colocou-nos frente a sujeitos queixosos daquilo ao qual, com certa frequência, eles mesmos atribuíam o nome de depressão. Ora sustentados por um diagnóstico médico, ora por sentirem-se habitados por um “sentimento de tristeza”, “desinteresse”, “cansaço do mundo” – como exprimiam alguns deles – e com uma série de outras queixas, que redundam num desprezo pelas coisas da vida, encontrávamos sujeitos quase sempre não implicados em seus discursos. Alguns desses limitavam-se a reconhecer na depressão a causa de sua desesperança por dias melhores. Daí a expectativa de um destino que se fizesse acompanhar pelo consumo de um medicamento que lhes permitisse continuar a *“ir levando até que Deus tenha dó”* de seus sofrimentos. Em outros, o relato fazia reverberar informações colhidas em diversos veículos de comunicação, que além de afirmarem a depressão como o mal do século, mostravam-na como uma realidade cada vez mais próxima em nossos dias. Uma dessas pacientes comenta ter assistido a um programa no qual o tema fora debatido e, segundo afirma, o relato do profissional entrevistado é condizente com sua sintomatologia, lembrando-nos, sobretudo, da face puramente médica da depressão.

O psicopatólogo Dalgalarondo (2000) postula que a depressão é considerada na atualidade “um problema prioritário de saúde pública”, e causa principal de “incapacidade entre todos os problemas de saúde” (p. 190), estimando-se que, somente a depressão unipolar, tem atingido cerca de 50 milhões de pessoas no mundo. Do ponto de vista psicopatológico, ela tem como elemento central o humor triste, porém, se faz acompanhar de outros sintomas referentes à volição, afeto, pensamento, dentre outros que, presentes por um determinado período de tempo, permitem o estabelecimento dessa hipótese diagnóstica. A terapêutica prescrita ao sujeito deprimido pelo saber psiquiátrico se dá, prioritariamente, por uma indicação medicamentosa que visa reduzir/eliminar os sinais e sintomas que permeiam o quadro em questão. Desse modo, se chega a restar à outras formas de abordagem

terapêutica dessa síndrome alguma importância, não é, senão, no lugar de um coadjuvante no tratamento, uma vez que o que se passa com o deprimido é considerado, fundamentalmente, como sendo da ordem de uma disfunção neuroquímica.

Outro dado relevante acerca da demanda e do consumo da Fluoxetina surge de nossa observação, e ratifica-se no discurso dos profissionais da rede assistencial de saúde do município, a saber, tais usuários de Fluoxetina eram, em sua quase totalidade, mulheres. Nessa mesma perspectiva, é Soler (2005) quem nos aponta que, ao “escutarmos as vozes dos médicos, assim como dos estatísticos, elas nos anunciarão que, na civilização moderna, as mulheres seriam mais deprimidas que os homens” (p. 70).

Ainda sobre esse ponto, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2007), a depressão pode ser encarada como “um mal que afeta duas mulheres para cada homem. No mundo todo, estima-se que 25% da população feminina tenha depressão em alguma fase da vida. No Brasil, as mulheres consomem 70% dos antidepressivos, segundo dados do Ministério da Saúde.” (Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP], 2007, para. 01)

Barros (2012) comenta sobre a avidez da mulher pelo consumo e sua fácil captura pelas promessas mercadológicas onde, “enredadas no discurso capitalista, as mulheres consomem de tudo, inclusive coisas que não servirão para nada, objetos sem nenhuma serventia que não seja aquela experimentada no momento fugaz da compra.” (p. 04) Para Carvalho e Barros (2013), o medicamento pode ser encontrado entre os diversos produtos que parecem, de alguma maneira, cativar o universo feminino. Segundo sinalizam esses autores, “as mulheres costumam se automedicar, consomem mais medicamentos que os homens” (p. 80) e parecem recorrer ao uso do medicamento ao longo de diversas fases de sua vida.

Embora esses apontamentos se coadunem às nossas observações acerca da demanda e do consumo da Fluoxetina no ambulatório de saúde mental, nascedouro das inquietações que suscitam essa investigação, a psicanálise nos convoca a uma certa prudência no trato dessas. Assim, se essas mulheres fazem coro as estatísticas às quais nos referimos anteriormente, com a psicanálise poderíamos dizer que elas o fazem, mas cada uma a seu modo.

Portanto, nos inquirimos sobre o que poderia provocar nessas mulheres não só aquilo a que chamam de depressão, mas também o que as tornariam suscetíveis tanto à demanda quanto ao consumo desse medicamento psicotrópico. Quais dores e sofrimentos as conduzem ao universo dessas (supostas) soluções quimicamente preparadas e cada vez mais difundidas e acessíveis aos sujeitos na contemporaneidade. Embora essa discussão não se faça sem que se interroge, como dito anteriormente, a singularidade do caso, consideramos que, antes de nos voltarmos à investigação de tais elementos, não é descabido uma leitura, mesmo que rápida, daquilo que se convencionou denominar atualmente como depressão no contexto da psiquiatria. Isso porque, não raro, os próprios pacientes se colocam frente aos profissionais de saúde afirmando-lhes serem deprimidos. Assim, salientamos a relevância dessa proposta dado a amplitude com a qual o termo vem incidindo na malha social – vide apontamentos de Roudinesco (2000), Quinet (2009) e Peres (2010) –, e recebendo o status de “doença do homem contemporâneo.” (Peres, 2010, p. 27).

Desse modo, e sem pretensão de exaustividade, resgataremos em alguns momentos históricos a abordagem daquilo que, inicialmente, recebe o nome de melancolia. Empreenderemos um breve trajeto que parte das considerações hipocráticas sobre a melancolia até a contemporaneidade, onde, amparada pelos manuais psiquiátricos, ela passa a ser nomeada por depressão e definida como uma síndrome cada vez mais diagnosticada e referida à dimensão neuroquímica. Lembremos que, ao falar de uma síndrome, nos amparamos na ideia de uma descrição de um conjunto estável e constante de determinados sinais e sintomas carentes de uma definição e uma “identificação de causas específicas e de uma natureza essencial do processo patológico.” (Dalgarrondo, 2000, p. 21) Na sequência de uma investigação sobre a depressão no campo da medicina, percorreremos alguns trabalhos de Freud, Lacan e seus comentadores, visando encontrar, na abordagem psicanalítica, algumas formulações sobre o termo depressão, além de destacar como esse pode ser pensado nesse campo específico. Em seguida, guiados por fragmentos de casos (a)colhidos no ambulatório de saúde mental do município em questão, e lidos sob o prisma da psicanálise, tentaremos elucidar aquilo que estaria subjacente à dita depressão dessas mulheres. Por fim, retomaremos a pergunta inicial dessa pesquisa ao tentarmos desvelar quais

imperativos regem a demanda e o consumo desse psicotrópico no ambulatório de saúde mental.

## 2.1) *Da depressão em psiquiatria à covardia moral em psicanálise.*

### 2.1.1) *Da melancolia à depressão em psiquiatria*

De acordo com Peres (2010), a tristeza, a solidão, a sensação de um vazio experimentada pelo sujeito depressivo não é uma particularidade de nossos dias, tampouco daquele que assim se qualifica. A autora recorre ao mito da Criação para demonstrar que esses sentimentos são companheiros inseparáveis do homem desde sua chegada ao mundo, pois “fato é que a depressão, podemos afirmar, faz parte da própria estrutura humana. O homem não caminha sem a sua tristeza, condição não dissociada da própria consciência de morte” (Peres, 2010, p.13)

Nesse sentido, a história do que foi denominado inicialmente por melancolia, remonta a períodos anteriores ao nascimento tanto da psiquiatria quanto da psicanálise. De acordo com M. A. R. Teixeira (2005), dois trabalhos apresentam-se como fundamentais para se pensar a concepção de melancolia que vigorou do século V a.C até por volta de fins do século XVIII e início do século XIX d.C..

O primeiro deles pertencente a Hipócrates (460-377 a.C), filósofo grego e considerado pai da medicina, e a quem se atribui a origem do termo melancolia. Intitulado *Corpus Hipocráticus*, nesse trabalho a melancolia é definida como um estado de tristeza e medo com extensa duração, capaz de ocasionar, segundo Scliar (2003, p. 70, citado por M. A. R. Teixeira, 2005), “a perda do amor pela vida, uma situação na qual a pessoa aspira a morte como se fosse uma benção.” (p. 44) Sua explicação embasava-se na teoria dos humores elaborada por esse filósofo, onde se buscava compreender os tipos de temperamentos existentes através do modo pelo qual as quatro substâncias consideradas constitutivas do homem se articulavam, a saber, a bÍlis negra, a amarela, o sangue e a pituíta. Segundo M. A. R. Teixeira (2005), “na concepção de Hipócrates a melancolia é apresentada como uma

doença”<sup>13</sup> (p. 44) decorrente da prevalência quantitativa e/ou qualitativa da bílis negra sobre as demais substâncias.

O segundo trabalho, intitulado “A Problemata 30” e escrito por Aristóteles (384-322 a.C.), e considerado por Peres (2010) como provavelmente o primeiro tratado dedicado especificamente à melancolia, aponta-a como uma predisposição natural do organismo. Segundo a autora, nesse trabalho, ela aparece associada à genialidade, ao poder de criação do artista e do filósofo, de modo que, por essa vertente, Aristóteles se distancia da leitura hipocrática da melancolia como uma doença, de modo que ela:

não é uma doença do filósofo, mas a sua própria natureza, seu ethos. Que a melancolia seja a condição de genialidade, do pensamento, da filosofia e da literatura é uma concepção que fascina, e muitos a defendem até os dias de hoje. (Peres, 2010, pp. 14-15)

Nesse sentido, estando dissociada de um caráter patológico, a melancolia atravessa um longo período da história a partir de Aristóteles. Diz-nos M. A. R. Teixeira (2005) que, somente por volta de finais do século XVIII e início do século XIX, ela começa a perder seu caráter sublime e a ser tomada como objeto de estudo pelo médico e matemático Phillipe Pinel. Ao ser lançada ao campo das ditas doenças mentais e carentes de bases orgânicas, a melancolia, como qualquer outra doença mental, é abordada a partir de fundamentos morais, devendo ser observada, descrita e tratada também com base nesses fundamentos. Assim, “tanto o louco como o melancólico eram privados do convívio com sua família, recebendo um lugar para se tratar e não interromper, melhor dizendo, atrapalhar e incomodar o bom andamento da interação social.” (M. A. R. Teixeira, 2005, p. 47) A partir desse momento, inicia-se “uma substituição progressiva, que irá se concretizar no século XX, do termo ‘melancolia’ pelo novo e científico termo ‘depressão’: uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, acompanhados de um delírio em uma idéia fixa.” (M. A. R. Teixeira, 2005, p. 47)

---

<sup>13</sup> Anteriormente as produções hipocráticas, as doenças eram explicadas como castigo dos Deuses aos indivíduos. É Hipócrates quem, inicialmente, oferece um novo modelo de explicação das patologias por meio da ideia de que o desequilíbrio entre as quatro substâncias produziriam os quadros patológicos, dentre os quais estaria localizada a melancolia. (Clara, 2009; M.A.R. Teixeira, 2005; Peres, 2010) Assim, o quadro melancólico seria decorrente de um desequilíbrio onde a bílis negra se sobreporia as outras três substâncias.



Berlinck e Fédida (1999) comentam que, nos dias correntes, a melancolia é substituída nos manuais diagnósticos CID e DSM pelo termo depressão:

assim, nos capítulos sobre os transtornos do humor desses manuais, os denominados “transtornos bipolares” não se referem mais à melancolia-mania, mas à depressão-mania... A depressão pode ocorrer como depressão maior ou como forma mais leve, denominada distímia. A desordem bipolar pode, também, apresentar forma mais suave, denominada ciclotímia. Essa dissolução é particularmente notável a partir dos anos 80, pois, até então, a psiquiatria dedicava sua atenção à melancolia.” (Berlinck & Fédida, 1999, p. 10)

De acordo com Fuentes Rodrigues (2000), a depressão tem sido alvo de inúmeras discussões no campo acadêmico, ganhando respaldo como objeto de frequentes pesquisas e eventos científicos. Porém, não restrita a esse campo, encontra-se igualmente presente em veiculações midiáticas, nas quais o tema é tratado como um assunto eminentemente médico e sempre associada a altos índices epidemiológicos, cujas causas acenam para horizontes distantes da subjetividade. Apontada como a patologia do século, refere-se, segundo a autora, a um conjunto de sinais e sintomas manifestos ao longo de determinado intervalo temporal e em uma dada frequência e intensidades que são descritas universalmente pelos manuais diagnósticos e estatísticos de transtornos mentais – DSM-IV e CID-10. Está referida, fundamentalmente, a uma alteração do humor qualificado de deprimido, o qual pode ser acompanhado de inúmeros fenômenos de ordem fisiológica (fadiga, alterações do ciclo sono-vigília, alterações do apetite, dentre outros) e cognitiva (redução da capacidade de concentração, memória, pensamento, ideações de culpa, morte ou suicídio, dentre outros) através do que se “definem o quadro nas suas subdivisões em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares [ou] Outros Transtornos do Humor.” (Fuentes Rodrigues, 2000, para. 5)

Acrescenta ainda que:

Com a publicação do CID-10 e do DSM-IV [...] existem 29 subdivisões para os Transtornos do Humor no DSM-IV e 36 no CID-10, onde também se reúnem, em nome de uma suposta continuidade dada pelo humor alterado, quadros psicóticos e depressões leves na neurose.” (para. 13)

Na visão de Fuentes Rodrigues (2000), a depressão em psiquiatria é abordada sob a alegação de pressupostos biológicos causais, por meio do que se infere ainda a existência de bases hereditárias. Entretanto, ela comenta que, apesar das inúmeras pesquisas cuja finalidade seria comprovar a existência desses marcadores biológicos, ou seja, anomalias biológicas presentes em todos os

quadros depressivos que permitissem afirmar sua causa orgânica, essas são infrutíferas em seus resultados. O mesmo pode ser notado em relação às investigações que buscam na herança genética as causas da depressão, pois, segundo conclui, apesar dos esforços científicos, a hereditariedade da depressão é algo que não se pode afirmar com segurança.

Fuentes Rodrigues (2000) formula ainda que, com o desenvolvimento da psicofarmacologia, outra vertente de estudos sobre a depressão se abre, a saber, aquela que busca explicar suas causas sedimentando-se sobre supostas alterações bioquímicas, contudo, essas também não podem ser confundidas com suas causas precipitantes.

Por tais motivos, afirma taxativamente:

a rigor, a depressão não pode ser considerada uma doença, pois para tanto, seria preciso reunir à síndrome uma etiologia e uma fisiopatologia específicas, sendo que a etiologia biológica não se comprova, como tão pouco existem marcadores seguros que indiquem uma mesma alteração biológica em todos os casos. E mais, ainda que existam alterações bioquímicas na depressão, como a diminuição de certos neurotransmissores, estas não se confundem com sua causa. (Fuentes Rodrigues, 2000, para. 30)

Entretanto, para essa autora, a inexistência de bases sólidas às quais se possa referendar as causas da depressão, não inviabiliza ao saber médico diagnosticá-la, e definir como terapêutica fundamental a farmacoterapia antidepressiva. Mas, se no âmbito da ciência médica, sobretudo da psiquiatria, o sofrimento a que o deprimido encontra-se acometido remete a um problema de ordem neuroquímica passível e de necessária correção, o que poderia ser dito sobre a depressão à luz das contribuições da psicanálise com Freud e Lacan?

### *2.1.2) Freud e os estados depressivos.*

Investigar a questão da depressão em psicanálise exige, como primeiro esforço e ponto de partida, despir-se de toda e qualquer consideração que possa tender a elevá-la à condição de um quadro patológico, tal como pretendido no campo da psiquiatria. Embora a depressão não alcance o estatuto de conceito em psicanálise, e muito menos possa ser encontrado um tratado sobre ela em seu edifício teórico, não se pode afirmar que Freud tenha recuado de tecer alguns comentários a seu respeito. Para Quinet (2009), Freud não confere à depressão o

lugar de um quadro clínico no conjunto de sua obra tal como o fez em relação à neurose, psicose e a perversão, mas afirma-nos que nada impede que ela possa perpassar esses quadros. Além disso, “não seria correto dizer que existe uma depressão neurótica, uma depressão perversa e uma depressão psicótica. A depressão seria uma só ocorrendo nas diversas estruturas clínicas” (Berlinck & Fédida, 1999, p. 12) e, finalmente, seriam manifestações peculiares à própria existência humana.

Segundo Pundik (2007), “a obra de Freud sobre a depressão é, por antonomásia, Luto e Melancolia”, e afirma que nela o psicanalista “não utiliza o termo depressão, mas o luto.” (p. 20)

Nesse texto, “Luto e Melancolia”, Freud (1917/1996) investiga “a natureza da melancolia, comparando-a com o afeto normal do luto” (p. 249). Ele nomeia de luto “a reação [normal] à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante.” (p. 249) Disserta que, esses mesmos acontecimentos podem ser ainda causa precipitante de quadros melancólicos, porém admite a suspeita de que, nesses casos, talvez seja possível inferir “uma disposição patológica.” (p. 249) Os sintomas constituintes de ambos os quadros são descritos como cessação do interesse pelos objetos do mundo externo, acentuado desânimo, perda da capacidade de amar e uma inibição de atividades do eu, à exceção de sentimentos de redução da auto-estima, que podem chegar ao “ponto de encontrar expressão em auto-recriminações e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição” (p. 250), presentes apenas nos quadros melancólicos.

O trabalho de luto se processa como uma retirada gradual do investimento libidinal até então realizado no objeto que o teste de realidade revela como não mais existente. Durante esse trabalho empreendido pelo eu, este inibi-se e afasta-se do mundo externo até que este trabalho se conclua e seja capaz de reinvestir outros objetos novamente.

Freud (1926/1996) chegou a dissertar que a noção de inibição, enquanto uma restrição normal das funções do eu, auxiliaria “na compreensão da condição geral que caracteriza estados de depressão.” (p. 94) Conforme destaca, na ocasião em que o eu encontra-se “envolvido em uma tarefa psíquica particularmente difícil, como

ocorre no luto... perde uma quantidade tão grande de energia à sua disposição que tem de reduzir o dispêndio da mesma em muitos pontos ao mesmo tempo.” (p. 94)

Assim, lembra-nos também que, embora o luto envolva severos “afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida” (Freud, 1917/1996 p. 249), tal estado deve ser superado, o que coincide com a desinibição do eu e sua presteza a novas ações de investimentos objetais. Portanto, Freud não deixa de enfatizar que é preciso reconhecer o luto como uma:

atitude normal para com a vida, [e] jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele. (Freud, 1917/1996, p. 249)

No que tange a melancolia, Freud fala de uma perda de natureza mais ideal, na qual, embora seja possível saber quem foi perdido, não se pode dizer o que foi perdido nesse alguém, e diz trata-se de “uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda.” (p. 251) O autor comenta ainda que, em função dessa perda, no quadro melancólico haveria também um trabalho interno tal como no luto, porém, a inibição melancólica se torna pouco clara em função do desconhecimento daquilo que absorve o eu tão completamente.

Nesse sentido, associada ao luto, a depressão em Freud pode ser entendida como um estado necessário ante a perda, a fim de que o sujeito possa desprender-se libidinal e afetivamente de tal objeto e “continuar com a dinâmica de sua vida” (Pundik, 2007, p. 14)

### *2.1.3) Leituras lacanianas da depressão: Dor de existir e covardia moral*

Segundo Quinet (2009), a depressão não pode ser pensada sem referenciá-la à castração. Tal como ressalta, é a dor psíquica experimentada pelo sujeito frente a cada uma das perdas vivenciadas ao longo de sua existência e que pode emergir como expressão da falta estrutural que ele comporta por sua condição de sujeito dividido pela incidência do significante.

A dor da depressão é a dor constitutiva da castração, que, em vez de aparecer como angústia, deixa triste o sujeito com a nostalgia do Ideal, saudade do Um que encobria sua falta. A depressão nos mostra que a falta dói e que a castração evoca para o sujeito a

inadequação do gozo. Trata-se da dor que Lacan, a partir do budismo chamará de dor de existir. (Quinet, 2009, p.173)

Desse modo, a dor de existir é tratada por Lacan sustentando-se nas contribuições do budismo, onde esta é atrelada à efemeridade de todas as coisas, já que tudo que existe é perene e subordinado a mudança. Assim, a dor de existir está associada à falta-a-ser do sujeito, sendo, portanto, a expressão do próprio vazio inerente à existência, uma vez que “o que existe é a dor estritamente vinculada à ausência de um *si mesmo*” (Quinet, 2009, p. 174), da qual nenhum sujeito consegue escapar por se constituir a partir do Outro da linguagem.

Com efeito, é a partir de Lacan que Quinet (2009) se autoriza a afirmar a tristeza como “o afeto correlativo à dor de existir” (p. 177) que perpassa em intensidades variadas as diversas estruturas clínicas, indo “desde o pálido estado depressivo do tédio... até a dor da existência das sombras da psicose” (p. 177), fazendo reverberar ainda os descaminhos do desejo.

Assim, tal como em Freud, não encontramos em Lacan um tratado exaustivo sobre a depressão. As contribuições de Lacan nos sinalizam sua preocupação em abordar a depressão a partir de uma perspectiva ética, na medida em que nos aconselha a pensá-la em estrita vinculação ao sujeito enquanto desejante, ou seja, responsável pelo destino da falta-a-ser que lhe é inerente.

Não obstante, o psicanalista francês faz uma referência à depressão como covardia moral, denotando a recusa do sujeito em orientar-se no inconsciente e produzir um saber a respeito do desejo. A depressão seria, em conformidade com os direcionamentos lacanianos, um afeto que pode emergir frente a qualquer perda experimentada pelo sujeito, sendo que, esse afeto triste deve ser abordado na unicidade do caso. Desse modo, a depressão se constitui como um refúgio ao qual o sujeito se agarra a fim de não se haver com sua implicação em relação ao que provoca-lhe seu sofrimento. Por isso, ao referir-se ao afeto depressivo, Lacan (1974/2003) nos lembra que:

A tristeza, por exemplo, é qualificada de depressão, ao se lhe dar por suporte a alma, ou então a tensão psicológica do filósofo Pierre Janet. Mas esse não é um estado de espírito [*état d'âme*], é simplesmente uma falha [*faute*] moral, como se exprimiam Dante ou até Espinosa: um pecado, o que significa uma covardia moral, que só é situado, em última instância, a partir do pensamento, isto é, do dever de bem dizer, ou de se referenciar no inconsciente, na estrutura. (p. 524)

Ao comentar essa passagem do texto “Televisão” (1974/2003), de Lacan, A. M. R. Teixeira (2008) observa que a pretensão de Lacan é mostrar que a depressão surge de uma frouxidão do pensamento. O sujeito se recusa a interrogar-se sobre seu gozo, na medida em que esse apresenta-se como se em nada o concernisse. O autor nos reporta a etimologia do termo latino “Acedia”, que designa o que compreendemos por tristeza. Oriunda do grego, “A-keidia” significa não cuidar, não zelar, deixar para lá, atitude característica do sujeito deprimido que nada quer saber sobre sua verdade. “Sua atitude de enfado corresponde, dessa maneira, ao efeito de um ‘não querer nada saber’ que se determina por uma recusa ética do pensamento.” (A. M. R. Teixeira, 2008, p. 31)

Trata-se de uma descrição fidedigna da realidade com a qual nos deparávamos ao nos encontrarmos com os sujeitos atendidos no ambulatório de saúde mental durante nossas atividades. Sujeitos que se mantinham a certa distância de suas queixas, relegando seus infortúnios como um fato face ao qual não lhes é possível outra alternativa que não a de curvarem-se perante ele. Alguns desses pacientes acolhidos no ambulatório, sejam eles usuários de Fluoxetina ou mesmo de outras substâncias, costumavam agarrarem-se a ideia de que seus sofrimentos não comportavam outra explicação que não puramente genética e neuroquímica, pois, como defende uma dessas pacientes, sua depressão “*é de família*”, já que nela existem diversos casos. Reforça a ideia da impossibilidade de cura da depressão, sinalizando que “*o jeito é ir levando até que Deus tenha dó.*”

Importante ainda é ressaltar que uma parcela considerável desses pacientes não se dispunha a implicar-se em suas queixas e produzir um saber sobre seus sofrimentos. Recusavam-se aos atendimentos em psicologia e, ao que parece, cediam ao gozo que emerge dessa posição de “enfados”, como nos lembra A. M. R. Teixeira (2008).

Quinet (2009) comenta que o sujeito deprimido, covarde moral, nos termos de Lacan em *Televisão*, é aquele que cedeu de seu desejo e se entrega ao gozo para além do Édipo. A falta que o constitui enquanto sujeito é escamoteada e, portanto, esse vê-se açoitado pela vivência dos efeitos da realização do desejo incestuoso.

Entretanto, nos perguntamos sobre o que a psicanálise nos assinala como possibilidade de tratamento ao sujeito que, sem reservas, se qualifica como depressivo. Se para a psiquiatria, reforçada pelos ditames das neurociências e do

capitalismo, o recurso ao medicamento se consagra como solução fundamental, a psicanálise propõe uma saída pela via da própria falta convertida não em gozo, mas em desejo, “que é a manifestação da falta em outra vertente.” (Quinet, 2009, p. 175)

Lacan (1974/2003) nos diz que o *gaio issaber* se coloca em radical oposição à covardia moral. Se a tristeza obstina o sujeito no gozo e na recusa de se orientar no inconsciente em relação aos significantes que determinam sua história, o *gaio issaber* é tratado como uma virtude que lança o sujeito ao horizonte do desejo como barreira ao gozo. Não se trata de recusar ou escamotear a falta, mas produzir um saber sobre ela a partir da linguagem. É através do *gaio issaber* que o sujeito se recoloca nas trilhas de seu desejo e limita esse gozo.

No polo oposto da tristeza existe o *gaio issaber* [*gay sçavoir*] o qual, este sim, é uma virtude. Uma virtude não absorve ninguém do pecado – original, como todos sabem. A virtude que designo como *gaio issaber* é o exemplo disso, por manifestar-se no que ela consiste: não em compreender, fisgar [*piquer*] no sentido, mas em roçá-lo tão de perto quanto se possa, sem que ele sirva de cola para essa virtude, para isso gozar com o deciframento, o que implica o *gaio issaber*, no final faça dele apenas queda, o retorno do pecado. (p. 525)

Assim, o *gaio issaber* como uma virtude que permite o bem-dizer a falta, engendra como afeto a alegria. Porém, não se trata da alegria na acepção corriqueira da palavra, mas na condição de potência que se opõe a inércia engendrada pelo afeto triste. A alegria de que se trata é, de acordo com Quinet (2009), o “aumento da força de existir. Passar da tristeza à alegria é passar da fraqueza para a força, e assim a alegria e o desejo dela derivados tendem a diminuir nossa passividade e nos levar a ação.” (p. 183)

Nesse sentido, se a depressão encontra-se relacionada à experiência de castração, será necessário investigar de que perda se queixam esses sujeitos que recorrem ao consumo da Fluoxetina. Para tal, retomaremos alguns fragmentos de casos acolhidos no ambulatório de saúde mental.

## 2.2) *A depressão feminina no ambulatório de saúde mental.*

Uma das pacientes comenta ter iniciado o uso da substância após o filho deixar a casa dos pais para amasiar-se. Segundo comenta, a dor mais difícil de se vivenciar é aquela “quando os filhos crescem e cada um vai embora procurar seu rumo.” Ressalta que sempre fora uma mãe dedicada na criação dos mesmos, e que seu “prazer era poder cuidar deles e fazer para eles o que eles gostam”, acentuando

ainda que, “*para quem é mãe os filhos vêm em primeiro lugar. Tudo que a gente faz nessa vida é pensando neles.*” Mas por quê a perda do filho evocaria a dor da castração nessa paciente?

Freud (1923/1996b) ressalta que na organização genital infantil existe um primado não dos órgãos genitais, mas um primado do falo para ambos os sexos, de modo que apenas o órgão masculino tem lugar no processo de desenvolvimento sexual do *infans*. Fato sobre o qual Lacan (1957-1958/1999) se sustenta para afirmar que o inconsciente é falocêntrico, ou seja, não há nele um representante para o sexo feminino. Assim, a anatomia serviria apenas como ponto de partida para um processo complexo que define o que é ser homem e o que é ser mulher.

Zalberg (2007) postula que a descoberta da diferença anatômica entre os sexos deverá, necessariamente, ser subjetivada para que se possa dizer de uma posição sexual do sujeito. Entretanto, essa só pode ser alcançada em decorrência do complexo de castração, do qual depende “a instalação, no sujeito, de uma posição inconsciente sem a qual ele não poderia identificar-se com o tipo ideal de seu sexo.” (Lacan, 1958/1998, p. 692) Assim, o órgão viril é elevado à condição de símbolo no inconsciente, ou seja, o falo enquanto elemento simbólico capaz de instituir a diferença sexual.

Nesse sentido, a inveja do pênis na menina é o modo como ela subjetiva sua falta fálica, falta com a qual ela se depara frente a visão do órgão no menino, e ainda, frente a descoberta da castração materna, a qual ratifica sua própria castração. Tal fato engendra na menina um sentimento de inferioridade, seguindo-se daí a acusação que profere contra a mãe por de tê-la feito um ser incompleto. Entretanto, se Freud (1933/1996) afirma que a inveja do pênis produz uma ferida narcísica na menina, assevera também que é na tentativa de ser amada pelo pai e receber dele um equivalente do órgão não possuído que ela abandona a mãe e toma o pai como objeto de amor. Esse trajeto que conduz a menina à dita feminilidade normal, depende da substituição simbólica do desejo de um pênis por um filho.

O desejo que leva a menina a voltar-se para seu pai é, sem dúvida, originalmente o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter do pai. No entanto, a situação feminina só se estabelece se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar do pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica. (Freud, 1933/1996, p. 128)



Para Portillo (1994), a busca pelo filho enquanto um equivalente simbólico do falo, e seu amor por ele, faz com que a mulher termine em mãe. A mulher sobre a qual Freud teoriza é “essencialmente fálica” (p. 62), na medida em que o filho se inscreve para ela em uma série metonímica que viria tamponar sua falta a partir da dialética do ter (ou não ter) fálico.

Nesse sentido, a tentativa de saída da posição de castrada pela via da maternidade, denota uma tentativa de fazer do filho o falo faltoso. Essa posição subjetiva ante a falta de um significante de seu sexo é um correlato da posição masculina, definida aqui como a daquele que teria o falo, fazendo da mãe suscetível à vivência do temor de castração, pois, como menciona essa paciente, sempre evitou pensar que *“chega uma hora que eles tem que ir cada um pra um lado.”* Assim, ao transformar-se em mãe, “naquela que tem, por excelência” (Miller, 2010, p. 05), ela encontra-se submetida à eminência da perda desse objeto de valor fálico.

Outra usuária de Fluoxetina comenta que, na ocasião em que iniciou o uso da medicação, também sentia-se deprimida, porém, em decorrência do término de sua relação conjugal. Diz que, à época, o esposo *“já não estava mais nem aí [para ela]”*, e que não compreendia os motivos pelos quais ele passara a se comportar de tal maneira, pois, apesar de todas as dificuldades conjugais que considera normais em uma relação, sempre fizera de sua parte para que o casamento se mantivesse. Afirma que o insuperável da relação foi o descaso por parte do marido que, segundo propõe, foi gradativamente deixando de ser atencioso e não se interessava mais pelas coisas que lhe dissessem respeito.

Miller (2010) comenta que haveria outra saída para o dilema da castração feminina que não aquela apontada por Freud do lado do ter o falo. Trata-se de uma saída que consiste em assumir sua falta fálica para então se transformar naquilo que falta ao homem. Miller nos diz que essa saída se daria pela vertente do “ser o falo” faltoso ao Outro.

Entretanto, Soler (2005) é quem irá destacar que, se a mulher se transforma naquilo que ela não tem, positivando sua falta, ela “só é o falo no nível de sua relação com um homem. É sempre para um outro, nunca para si, que se pode ser o falo, o que nos reconduz a sua parceria com um homem.” (p. 29) É nesse ponto que encontramos o lugar do amor e da parceria amorosa para uma mulher, pois, não apenas o filho, mas também o amor guardaria um valor fálico para ela. Freud

chegou a apontar que a necessidade de ser amada é tipicamente feminina, e lembra-nos que um dos motivos pelos quais a menina se ressentida e se queixa da mãe decorre de sua sensação de não ser amada. Além disso, propõe que algumas mulheres “amam a si mesmas, com uma intensidade comparável a do amor do homem por elas. Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas; e o homem que preencher essa condição cairá em suas boas graças.” (Freud, 1914/1996, p. 95)

Zalcborg (2007) postula que, para se fazer de falo para um homem, não basta apenas que a mulher tente se sustentar nesse lugar, mas é preciso que seu parceiro a deseje e conceda-lhe sua falta, pois, para amar, o homem precisa estar na condição de castrado. Conforme nos aponta o relato dessa paciente, é justamente desse lugar que o esposo se retira em sua relação com ela. Não se oferece como sujeito faltoso e desejante para que ela possa vir a ocupar o lugar de falo para ele, pois, “para uma mulher, o homem tem de ser castrado, isto é, marcado por uma falta. Nada irrita mais uma mulher do que o homem pretender não ter falta nenhuma. Não ter falta de nada. Nem dela.” (Zalcborg, 2007, p. 64) Conforme nos lembra essa paciente, *“ele começou a desprezar mesmo. De jeito que tinha dias que ele entrava mudo e saía calado. Às vezes se eu falava alguma coisa ele respondia. Se eu não falasse nada com ele, ele também não falava nada comigo.”*

Assim, cabe lembrar que, com Freud (1931/1996), é possível afirmarmos que a ameaça da perda do amor para uma mulher é o correlato da ameaça de castração para o menino. E a fim de evitar a perda do amor, uma mulher é capaz de inúmeros e os mais diversos sacrifícios para não declinar de seu lugar no desejo do parceiro (Miller, 2010). Entretanto, como nos recorda Dias e Bianchi (2009),

Ao acomodar seu ser no Outro do amor, ao alienar-se a esse desejo, o sujeito feminino encontra-se vulnerável à depressão. Dependente das respostas e vontades do Outro absoluto e ameaçado pelo vazio que pode ser instaurado com sua perda, o avesso do amor se constitui em um risco pela esmagadora presença que o Outro do amor pode encarnar quanto mais e mais for investido. (p. 05-06)

Essas autoras consideram ainda que se o amor, quando se efetiva para uma mulher em sua relação com um homem, pode evocar uma sensação de completude narcísica, seu término, por evocar a castração do sujeito, pode ter como resultado a emergência de efeitos depressivos.

Assim, como visto anteriormente, Freud nos ofereceu com suas considerações acerca dos estados depressivos, um modelo para se compreender aquilo que se passa com o sujeito diante da perda de um objeto amado. A diminuição ou a perda do interesse pelas coisas externas, o desânimo e a dor que o enlutado vivencia no processo de elaboração da perda, não podem ser desvinculadas da fruição temporal e do lento trabalho de desinvestimento do objeto perdido que demanda o processo do trabalho de luto. É fato que as considerações freudianas sobre o caráter não patológico do luto, e a contraindicação de uma intervenção médica sobre ele, parecem não reverberar na contemporaneidade ante a promessa e os ideais de felicidade disseminados hegemonicamente pelo discurso capitalista.

Segundo Vicente (2005), é “a partir desse ponto, [que] tocamos na questão da grande expansão dos estados depressivos na contemporaneidade” (p. 16). Afirma ainda que parece haver na psiquiatria atual “um horror à infelicidade do paciente” (p. 16). Isso porque, salienta Kehl (2008), “a introspecção, a tristeza, o recolhimento, a contemplação – a vida do espírito, enfim – são desvios que atrapalham o rendimento de uma vida cuja qualidade se mede por critérios de eficiência, competência e disponibilidade para o consumo e a diversão.” (p. 312)

Roudinesco (2000), ao comentar a contemporaneidade, nos aponta que há “uma concepção de norma e da patologia que repousa num princípio intangível: todo indivíduo tem o direito e, portanto, o dever de não manifestar seu sofrimento.” (p. 16) É justamente nesse ponto que se entrecruzam o saber das neurociências e aspectos do discurso social vigente de modo a fazer circular os ideais contemporâneos de bem-estar. Sobre essa questão, pondera Birman (2011): “não é apenas o desenvolvimento experimental das neurociências que explica a configuração da psicopatologia na atualidade, mas também, e principalmente, o requinte e a engenhosidade pelas quais se cultuam certas modalidades de construção subjetiva.” (p. 24)

Assim, se o recurso ao saber da ciência médica toma a linha de frente e parece alavancar uma transposição dos efeitos concomitantes ao trabalho de luto, sejam eles oriundos do sentimento de ser amada ou mesmo do filho-falo, à condição de um quadro depressivo patológico no universo do discurso psiquiátrico, não é sem que se possa considerar a presença de um discurso de felicidade totalitária e de

rejeição do sofrimento como imperativos contemporâneos. Diante de tais considerações, retomaremos a investigação de uma possível relação entre a demanda e consumo da Fluoxetina e os imperativos do discurso capitalista.

### 2.3) *A demanda e o consumo de Fluoxetina e os imperativos do discurso capitalista.*

Pelegrini (2003) ratifica a importância de se empreender um trabalho de investigação acerca desse fenômeno em expansão, a saber, o recurso ao medicamento na contemporaneidade para o tratamento da dor subjetiva. Ao lado disso, podemos destacar ainda as considerações de Birman (2011), posto que, para esse, o contexto histórico-cultural no qual encontramos o sujeito também não é sem consequências, pois permeia as formas que o último encontra para lidar com o mal-estar e a falta-a-ser que o constitui.

Mas, como Laurent (2003) nos aponta, “não há possibilidade de separar o medicamento de seu sujeito.” (p. 35) Embora essa afirmação seja utilizada pelo psicanalista em um contexto específico, ou seja, ao tratar do efeito placebo do medicamento, consideramos que sua riqueza é transbordante, pois deixa entrever que, em nenhum caso, as relações do sujeito com o objeto são dadas aprioristicamente e de modo universalizante.

Desse modo, com a pretensão de avançarmos nessa discussão, trazemos à baila alguns outros fragmentos de casos com o propósito de abordarmos essa relação. Uma dessas pacientes nos diz que, por influência de uma amiga, iniciou o uso da Fluoxetina contemporaneamente à separação conjugal. Menciona que não quer tomar o medicamento pelo resto da vida, mas, que neste momento, ainda não pode deixá-lo, senão “*volta aquele baixo-astral e o desânimo*” que considera ainda prejudiciais no ramo profissional em que atua, pois precisa estar sempre “*de cara alegre para os outros.*” Assim, em que medida poderíamos aproximar a demanda pelo medicamento e seu consumo aos imperativos da contemporaneidade?

De acordo com Birman (2011), o discurso contemporâneo pretende extirpar toda e qualquer possibilidade de sofrimento passível de ser experimentado pelo sujeito. Já não há, como nos lembra o autor, lugar para as subjetividades sofredoras, pois, conforme sua leitura de Lasch (1979) e Debord (1992), na contemporaneidade

pode-se observar que, desde as últimas décadas, há um forjamento de “novas maneiras de construção da subjetividade, [onde] o eu se encontra situado em posição privilegiada.” (Birman, 2011, p. 23) Destaca que há um autocentramento do sujeito no eu, o qual é a conjugar-se com valores diferentes daqueles observados na modernidade. Sem pretender aprofundar na questão sobre o que seria a modernidade – o que nos conduziria a rumos diferentes dos propostos para nossa pesquisa –, cabe dizer que os valores axiais que ordenavam a construção da subjetividade naquele período, referiam-se à introspecção, às “noções de interioridade e reflexão sobre si mesmo.” (Birman, 2011, p. 24)

Atualmente, o autocentramento do sujeito no eu encontra-se conjugado com valores de exterioridade, e então “a subjetividade assume uma configuração decididamente estetizante, em que o olhar do outro no campo social e mediático passa a ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica.” (Birman, 2011, p. 24) Pelegrini (2003) tematiza que “estar sempre bem, de bom humor são os ‘estados de espírito’ que o discurso atual valoriza” (p. 39) e os impõe como modelos a serem consumidos imperativamente.

Nesse sentido, os sujeitos sentem-se compelidos a alcançá-los no menor curso de tempo, uma vez que na cultura atual “não há tempo para a elaboração necessária dos lutos”, tampouco “tempo para se chorar a perda” (Jacob & Pinto Cohen, 2010, p. 548) e vivenciar os efeitos que dela decorrem, já que o discurso vigente exige dos sujeitos uma conformação imediata a esses modelos, impondo alcançá-los na velocidade do ontem. (Pelegrini, 2003)

A fim de disseminar o engodo de que tal empreitada seja possível, patologizam-se as dores da existência e criam-se novos estilos de vida pautados na promessa ilusória de um bem-estar ao alcance dos sujeitos. Com isso, a aliança entre neurociências, psiquiatria e discurso capitalista, passa a oferecer uma substância supostamente milagrosa que propala a ideia de que alçar-se a eles de forma rápida e fácil, é sempre possível (Pelegrini, 2003).

Destarte, é preciso lembrar que, se não há lugar para a dor, o luto, dentre outros que inviabilizam a concretização dos ideais propostos contemporaneamente, pede-se aos antidepressivos “que tratem nosso mal-estar como uma disfunção do corpo, posição que leva a um assujeitamento, ou seja, o sujeito se retira de seu sofrimento, que passa a ser um mero distúrbio neurofisiológico” (Pelegrini, 2003, p.

40). Não obstante, para todo tipo de sofrimento, seja ele mental ou físico, difunde-se, de modo falacioso, a ideia da existência no mercado de “um ‘remedinho’ milagroso.” (p. 40)

Esse “remedinho”, como nos aponta um dos nossos pacientes, o sujeito se recusar a abrir mão de demandá-lo e da manutenção de seu uso, sob a alegação de ainda não se sentir curado do desânimo e do baixo-astral que a depressão evoca.

Outra usuária de Fluoxetina comenta que apesar de não existir uma cura para a depressão, *“pelo menos tem o remédio que melhora uns 80% [da tristeza, cansaço e desânimo]. Mas se parar [de tomar a Fluoxetina] a depressão volta. Mas é melhor melhorar esse tanto do que nada, né?”*

Assim, sem implicar-se em seu sofrimento, a fala de tal paciente nos reporta as considerações de Birman (2011), onde o autor propõe que vivemos um tempo em que evitar todo tipo de sofrimento é bandeira astreada, pois, “a cultura dos sofredores e dos espíritos desesperados já era.” (p. 266) Por isso, é Vieira (2013) quem nos aponta que, na atualidade, “O sujeito não existe sem tomar alguma coisa. Guaraná, lexotan, etc. Nossos pacientes se recusam à abstinência... O cliente não quer se ver livre de nenhuma medicação.” (Vieira, 2013, p. 03)

Nessa perspectiva, ao tecer seus comentários acerca da depressão no âmbito de uma cultura norteada pelos imperativos do discurso capitalista, Pelegrini (2003) afirma que, tal síndrome não é tolerada:

Nem em si mesmo nem nos outros. E não é tolerada porque, sendo os indivíduos, em nossa sociedade, constantemente instados a tomar decisões, a mover-se, a fazer coisas, a agir, quem se isola e se recolhe a um canto é criticado, desprezado. Impossível negar a determinação social existente na forma como são considerados os distúrbios de humor, nos seus dois pólos: o maníaco e o depressivo. Nas sociedades competitivas, o polo maníaco é muito mais aceito e, até mesmo, estimulado. (p 40)

Essa última paciente destaca ainda que, sob o uso da Fluoxetina, apresenta melhora do vigor e capacidade para realizar seus afazeres diários, acentuando que, com o uso dela, *“é a mesma coisa de tirar com a mão [os sintomas da depressão]. Aí tem que tomar. Está dando certo. A gente está dando conta de fazer os serviços da gente”,* e ressalta: *“Agora experimenta ficar sem [o medicamento] para ver. Não dá vontade de fazer nada.”*

Nesse sentido, podemos afirmar que não apenas a exigência de um bem-estar, mas também a capacidade de manter-se ativo e sempre produtivo compõe o rol dos imperativos hodiernos difundidos no bojo da cultura chancelada pelo discurso capitalista. Conforme elucida Rodrigues (2003), “os ideais de trabalhador sempre pronto, disponível, capaz de dar conta de todas as demandas do sistema produtivo, são extremamente potentes na contemporaneidade.” Disserta ainda que, um dos parâmetros comumente utilizados “para mensurar a melhora de um paciente é o retorno de suas capacidades laborativas.” (p. 18) Para esse autor, o medicamento tornou-se um dos principais instrumentos de modelação das subjetividades atuais, cujo objetivo seria o de constituir sujeitos “sem conflitos, angústias ou limitações.” (p. 20) Daí a necessidade de despertar no sujeito a crença de que “no fundo é simples: Se você pode, deve” (Vieira, 2013, p. 01), já que os avanços da psicofarmacologia alicerça o imaginário de sujeitos libertos da falta constituinte.

Entretanto, se encontramos nesses pacientes a demanda e o consumo da Fluoxetina regida pelos imperativos do discurso capitalista, não se pode esquecer que o objeto que se traveste de solução aos impasses decorrentes da castração, só faz acentuar a impossibilidade de suturação da falta estrutural. Desde que o sujeito se constitui pelos efeitos de sua inserção no universo simbólico, o objeto que viria garantir sua completude está para sempre perdido e, como bem nos recorda uma dessas usuárias de Fluoxetina, o medicamento não oferta uma saída eficaz ao dilema da castração. Muito antes, é de modo paradoxal que esse se inscreve, já que, ao minorar os efeitos da castração, acentua um resto que se apresenta sob o signo do impossível.

Assim, é através desse resto que opera a psicanálise, porém, como contraponto à obstinação de um discurso que visa a regulá-lo, normatizá-lo e fazer crer na promessa de uma existência feliz para o sujeito. O dever ético da psicanálise é possibilitar ao sujeito ir de encontro a seu desejo sem prometer-lhe uma cura, mas responsabilizá-lo pelo destino da falta que o constitui. Ao dar-lhe a palavra, a psicanálise o acolhe em sua divisão, permitindo-lhe escutar seu inconsciente e não só questionar os significantes que o determinam, mas produzir um saber-fazer com um resto de gozo que escapa a uma cifragem significativa.

Desse modo, tal como recordam-nos Teixeira e Couto (2010), apenas ao responsabilizar-se pelo vazio que o habita, o sujeito se torna capaz de libertar-se

dos imperativos contemporâneos que apregoam o engodo da completude narcísica e incitam-no à soluções universais em contraposição a singularidade de seu desejo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação pretendeu investigar se a demanda e o consumo de Fluoxetina, por parte de pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental de um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, estariam marcadas por imperativos do discurso capitalista. Mais especificamente, tal questão é fruto de nossa experiência como psicólogo e coordenador desse ambulatório, onde presenciamos, ao longo dos anos 2011 e 2012, uma demanda incessante dos pacientes por tal substância, acentuada preferência dos mesmos pelo tratamento psicofarmacológico na abordagem de suas dores e sofrimentos em prejuízo de uma abordagem desses pelo saber da psicanálise, fazendo com que esse medicamento permanecesse, entre 2009 e 2011, como o psicotrópico mais distribuído pela farmácia de tal município.

A fim de investigarmos essa questão, no primeiro capítulo dessa pesquisa nos dedicamos a explorar os impactos da medicalização na contemporaneidade. Para tanto, iniciamos nosso percurso apontando que, se até a década de 1970 a psicopatologia que fundamentava a psiquiatria dinâmica era a psicopatologia psicanalítica freudiana, com o desenvolvimento da psicofarmacologia e das neurociências, inicia-se o processo de ruptura entre esses dois campos, dando origem a chamada psiquiatria biológica. Alicerçada nas contribuições das neurociências, a psiquiatria biológica pretende encontrar as bases orgânicas para os sintomas psíquicos. Entretanto, mesmo buscando fundamentar-se em critérios bioquímicos e genéticos para a elucidação dos transtornos mentais, o patológico em psiquiatria está referido à norma sócio-cultural de uma determinada época, e sua suposta cura almeja a adaptação social do sujeito. (Birman, 2011; Barreto, 2002)

Servimo-nos das elaborações de alguns autores, como Dunker e Neto (2011), Quinet (2009) e Rodrigues (2003), para dar relevo aos impactos da aliança entre a psiquiatria, a psicofarmacologia e as neurociências na abordagem do sofrimento psíquico. Como caudatário desse processo, o DSM - III é prova cabal da ruptura entre psiquiatria e as contribuições da psicanálise a partir da ancoragem do saber psiquiátrico em fontes biologicistas e neuroquímicas. Ao pretender-se atóxico e descritivo, esse manual busca estabelecer uma linguagem uniforme e universal no campo psiquiátrico, desconsiderando as implicações do sujeito em sua forma de

sofrimento. Sustentado por um ideal pragmático e de eficácia, o DSM se torna um balizador da gestão pública e o medicamento se torna a via, por excelência, no tratamento dos chamados transtornos mentais.

Calcado nas formulações de Freud (1930/1996), procuramos demonstrar que o sofrimento humano que decorre da entrada na cultura, é resultado da constante exigência de renúncia pulsional a que o sujeito é forçado para a manutenção do vínculo social. Esse resto pulsional para o qual não há satisfação é a fonte do mal-estar do sujeito. Lacan (1969-1970/1992) enfatizou que, por sua constituição a partir do Outro da linguagem, o sujeito é dividido e separado do objeto de sua satisfação. Assim, apresenta-nos o discurso do mestre como sendo a modalidade de discurso que impinge ao sujeito a renúncia pulsional e sua inserção no universo da cultura ao preço da experiência de castração.

Lacan nos apontou em diversas de suas obras (1969-1970/1992, 1970/2003, 1971-1972/2000, 1972/2013, 1974/2003), que o discurso do mestre contemporâneo é o discurso capitalista. Tal discurso apregoa a emancipação do sujeito de toda forma de sofrimento e pretende suturar a castração por meio de objetos de consumo que são produzidos pelo saber da tecnociência e financiados pelo capital. Quinet (2009) destacou que a ciência a serviço do discurso capitalista produz novas síndromes para as quais fabrica uma gama de medicamentos que são ofertados aos sujeitos para então tratá-las. Assim, os psicofármacos integram o rol dos objetos produzidos no cerne desse discurso que promete um alívio rápido para todo tipo de sofrimento, ao mesmo tempo em que reforça a intolerância do sujeito às experiências de insatisfação pulsional. (Roudinesco, 2000) Intolerância essa que, não raro, víamos brotar nas demandas dos pacientes pela Fluoxetina, tal como apontado pelo relato dos médicos com os quais dialogávamos.

Em Krammer (1994), Dworkin (2007) e Rodrigues (2003), buscamos tecer algumas considerações acerca da história da Fluoxetina, um antidepressivo produzido e comercializado nos Estados Unidos a partir da segunda metade da década de 1980 como “a pílula da felicidade.” Fruto de um processo oneroso, altamente tecnológico e lucrativo, a Fluoxetina tornou banal o uso de antidepressivos.

Apontamos que essa banalização da demanda e do uso da Fluoxetina vem acompanhada de uma desautorização do saber médico, como observamos a partir

do comentário daqueles profissionais. Pacientes que se autodiagnosticavam e demandavam uma terapêutica específica, expressam os efeitos ocasionados pela mídia e pela indústria farmacêutica à figura do médico que, na contemporaneidade, tornou-se um distribuidor de “agentes terapêuticos novos, químicos e biológicos.” (Lacan, 1966/2001, p. 10) Agentes com os quais o sujeito passa a “conhecer um ‘gozo desconhecido dele mesmo’ absolutamente desconhecido” (Laurent, 2003, p. 41) na medida em que o sujeito goza de seu corpo.

Se tais profissionais relatam que seus pacientes chegam a vivenciar experiências de prazer e desprazer com o medicamento, mas se recusam a abrir mão dele, e a utilizá-lo em um “*modelo analgésico de consumo*”, apontamos com Laurent (1998) que, na contemporaneidade, há um casamento do corpo com o produto da indústria farmacêutica e que se institui de forma “repetitiva, compulsiva e inadiável.” (Magalhães, 2005, p. 05) Assim, o medicamento aparece no nível de uma parceria-sintomática na medida em que é com ele que o sujeito goza.

Mas se esses sujeitos usuários de Fluoxetina se autodiagnosticam como deprimidos e, em função disso passam a demandar e a consumir a substância, no segundo capítulo, mostramos que grande parte desses sujeitos são mulheres. Com base nas contribuições da ABP (2007), Barros (2012) e Carvalho e Barros (2013), descobrimos que, para esses autores, as mulheres consomem mais medicamentos antidepressivos que os homens, além de recorrerem ao uso desses psicotrópicos ao longo de diversas fases de sua vida.

Antes de interrogarmos o que deprime tais usuárias de Fluoxetina, bem como se poderíamos encontrar a demanda e o consumo desse medicamento sob a regência dos imperativos do discurso capitalista, percorremos as contribuições de autores como, Peres (2010), M.A.R. Teixeira (2005), Berlinck e Fédida (1999) e Fuentes Rodrigues (2000), a fim de pensarmos o movimento histórico que institui a passagem da melancolia, com seu caráter sublime, à condição de um transtorno do humor, qualificado de deprimido, a ser tratado e corrigido psicofarmacologicamente.

Diferentemente da psiquiatria que concebe a depressão como um quadro patológico, recorreremos à Pundik (2007) no intuito de apontarmos que, para Freud, a depressão é associada ao luto. O trabalho de luto se processa como uma retirada gradual do investimento libidinal realizado em algum objeto ou ideal que o sujeito sustentava e foi perdido. Durante esse trabalho, o eu inibe-se, desinteressa-se pelo

mundo externo e se vê incapacitado de investir em novos objetos até que esse estado se conclua e o eu possa reinvestir em novos objetos. Freud (1917/1996) faz questão de acentuar que jamais podemos “considerá-lo como sendo uma condição patológica” (p. 249), mas um estado que permite ao sujeito se desprender libidinal e afetivamente daquilo que foi perdido. (Pundik, 2007)

Com Lacan, por sua vez, a depressão está referida à dor da castração e a falta-a-ser inerentes ao sujeito, portanto, é a expressão da dor de existir como ser dividido pela incidência da linguagem. Assim, a depressão é um afeto triste que pode emergir diante da experiência da castração para o sujeito. Quinet (2009) comenta que a depressão é abordada por Lacan a partir de uma perspectiva ética, na medida em que o sujeito deprimido é covarde moral, ou seja, aquele que se recusa a orientar-se no inconsciente e implicar-se em seu modo de gozo. Assim, podemos afirmar que a predileção desses sujeitos pela Fluoxetina, em detrimento da busca por um saber sobre sua verdade, e somada à explicações genéticas e neuroquímicas sustentadas por eles como causa de seus sofrimentos, cristalizam-nos na experiência de um gozo sem limites. Ante a dor da castração, Lacan (1974/2003) não propôs uma intervenção química, ou mesmo uma estratégia de suturação da falta. Muito antes, propôs que essa fosse abordada por meio da linguagem, de modo a produzir um saber sobre ela – que nomeou como *gáio issaber* – e bem dizê-la.

Por meio de alguns fragmentos de casos (a)colhidos no ambulatório de saúde mental do referido município, apontamos que aquilo a que essas mulheres usuárias de Fluoxetina atribuem o nome de depressão, decorre da experiência da perda de um objeto de valor fálico, e portanto, do encontro com a castração. No primeiro fragmento, o filho elevado à condição de falo materno permite uma saída ao dilema da castração feminina do lado do ter fálico. Fazer do filho o falo faltoso que viria recobrir sua falta, faz com que a mulher se coloque em uma posição correlata à posição masculina, definida como a daquele que portaria o falo. Por meio do segundo fragmento de caso, localizamos a dor da castração como resultado do fracasso da parceria amorosa de tal paciente. Parceria essa que possibilitaria uma saída do lado do ser o falo faltoso do Outro. Recorremos às contribuições de Freud (1914/1996), Soler (2005) e Zalcborg (2007), para destacarmos que, se o amor

possui um valor fálico para a mulher, sua perda pode, conforme nos aponta tal fragmento, produzir efeitos depressivos para esse sujeito. (Dias & Bianchi, 2009)

Ao término do último capítulo, empreendemos uma investigação acerca das relações estabelecidas por alguns desses sujeitos atendidos no ambulatório de saúde mental com o medicamento Fluoxetina. Esses fragmentos de caso nos apontaram que a demanda e o consumo dessa substância mantêm estreitas relações com os imperativos do discurso capitalista, na medida em que essa demanda se vê marcada pela aspiração de uma existência sem angústia e livre de conflitos. Em conformidade com os imperativos de bem-estar difundidos pelo discurso capitalista, tais sujeitos passam a buscar na Fluoxetina uma forma de apaziguamento para suas dores subjetivas que interpretam como patológicas e passíveis de serem tratadas apenas por métodos quimioterapêuticos. Além disso, tais fragmentos sinalizaram ainda que, a fim de se manterem-se sempre ativos e produtivos, como exige o discurso capitalista, esses sujeitos recusam-se a abstinência medicamentosa. Entretanto, se por meio desses fragmentos encontramos sujeitos seduzidos pelas promessas de uma modalidade de discurso que apregoa a emancipação de toda forma de sofrimento, esses também sinalizaram o caráter puramente ilusório dessas promessas, uma vez que apontam para o intransponível da castração.

Assim, ao término dessa pesquisa, podemos afirmar que, se encontramos a demanda e o consumo da Fluoxetina, por parte desses pacientes, sob a regência de imperativos do discurso capitalista, não nos furtamos a reconhecer que o trajeto aqui empreendido é incapaz de abarcar toda a complexidade do objeto escolhido. Trajeto esse que, ao ser concluído, lança-nos a novas questões, como por exemplo, quais as saídas construídas por aqueles sujeitos que abandonam/abandonaram o uso da Fluoxetina sem substituí-la por outro medicamento ou substância química? Quais as relações dos sujeitos psicóticos com esse medicamento? Ou ainda, o que demandam dessa substância os sujeitos masculinos que as consomem?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguiar, A. A. (2003) *Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea*.

Disponível em:

[http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/2d\\_Aguiar\\_47130\\_903\\_port.pdf](http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130_903_port.pdf)

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2007). *Depressão atinge duas mulheres para cada homem*. Disponível em

<http://abp.org.br/2011/medicos/clippingsis/exibClipping/?clipping=4764>

Barreto, F. P. (2002) A monocultura e a paisagem – O psicofármaco para a psiquiatria e para a psicanálise. In: *Revista Clique*, 01, Palavras e Pílulas.

Barros, M. R. M. (2012) As mulheres e o mercado. In: *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de psicanálise*, Ano. 3, nº 9, São Paulo, p. 01-12

Disponível em:

[http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero\\_9/As\\_mulheres\\_e\\_o\\_mercado.pdf](http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_9/As_mulheres_e_o_mercado.pdf)

Berlinck, M. T. & Fédida, P. (1999) A clínica da depressão: questões atuais. In.: *Revista de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, vol. 3, nº 2, pp. 09-25.

Disponível em:

[http://www.psicopatologiasfundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a\\_clinica\\_da\\_depressao\\_questoes\\_atuais.pdf](http://www.psicopatologiasfundamental.org/uploads/files/revistas/volume03/n2/a_clinica_da_depressao_questoes_atuais.pdf)

Birman, J. (2011) *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Calazans, R. & Lustoza, R. Z. (2008) Medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. In: *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Vol. 60, nº 01 pp 124-131.

Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/140/167>

Carvalho, M. N. & Barros, J. A. C. (2013) Propagandas de medicamentos em revistas femininas. In: *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, nº 96, pp. 76-83

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/09.pdf>

Clara, J. C. S. S. (2009) Melancolia: da antiguidade à modernidade – uma breve análise histórica. In: *Revista Mental*. Barbacena. Vol. 07, nº 13.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Chemama, R. (1997) Um sujeito para o objeto. In: GOLDENBERG, R. (org.). *Goza!: capitalismo, globalização e psicanálise*. (T. C. N. Queiroz, trad.) Salvador: Ágalma. pp. 23-39

Coelho, C. M. S. (2006) Psicanálise e laço social – uma leitura do seminário 17. In: *Rev. Mental*, Barbacena, vol. 4, nº 6, pp. 107-121

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n6/v4n6a09.pdf>

Dalgalarrondo, P. (2000) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Dias, F. & Bianchi, S. (2009) Mulheres, depressão e semblante. In: *Latusa digital*. Ano 06, nº 36. Pp. 01-10

Disponível em: [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_36\\_a2.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_36_a2.pdf)

Dunker, C. I. L. & Kyrillos Neto, F. (2011) Crítica psicanalítica do DSM-IV – breve histórico do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Vol. 14. Nº 4. PP. 611-626

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>

Dworkin, R. W. (2007) *A Felicidade Artificial. O lado negro da Classe Feliz*. (P.A.S. Barbosa, trad.) São Paulo: Editora Planeta.

Elia, L. (2000) Psicanálise: clínica & pesquisa. In: Alberti, S. & Elia, L. (Org.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. pp. 19-36

Freud, S. (1914/1996) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 14. Pp. 81-108

\_\_\_\_\_. (1917/1996) Luto e Melancolia. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 14. Pp. 245-263

\_\_\_\_\_. (1923/1996a) Dois verbete de enciclopédia. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol.18. pp. 249-276.

\_\_\_\_\_. (1923/1996b) A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 19. pp. 155-161

\_\_\_\_\_. (1926/1996) Inibição, Sintoma e Ansiedade. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 20. pp. 79-172

\_\_\_\_\_. (1930/1996) O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 21 pp.67-148.

\_\_\_\_\_. (1931/1996) A sexualidade feminina. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. vol. 21 pp. 229-251

\_\_\_\_\_. (1933/1996) A feminilidade. In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago vol. 22 pp. 113-134

Fuentes Rodrigues, M. J. S. (2000). O Diagnóstico de Depressão. In: *Rev. Psicologia USP*. São Paulo, vol. 11, nº 1. Pp. 01

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642000000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642000000100010&script=sci_arttext)

Gonçalves, L. H. P. (2000) *O discurso capitalista: uma montagem em curto-circuito*. São Paulo: Via Lettera.

Guarrido, R. (2007) A medicalização do sofrimento psíquico. Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. In: *Revista Educação e Pesquisa*. Vol 33, nº 01 pp. 151-161.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>

Harari, A. (2008) *Fundamentos da Prática Lacaniana: Risco e Corpo*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26052009-075704/pt-br.php>

Jacob, C. A. & Pinto Cohen, R. H. (2010). O sujeito contemporâneo: um recorte psicanalítico. In: *Rev. Mal-estar e subjetividade*. Fortaleza, vol. 10, nº 2, pp. 537-554.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27117252008.pdf>

Khel, M. R. (2008). Temporalidade contemporânea e depressão. In: *Os tempos do sujeito do inconsciente: a psicanálise no seu tempo e o tempo na psicanálise. Anais do V Encontro Internacional da IF-EPFCL*. São Paulo, pp. 311-314.

Disponível em: <http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/anais.pdf>

Krammer, P. D. (1994) *Ouvindo o Prozac: Uma Abordagem Profunda e Esclarecedora Sobre a "Pílula da Felicidade"*. (G. Hirata, trad.) Rio de Janeiro: Editora Record.

Lacan, J. (1958/1998) A significação do falo. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1957-1958/1999) O Seminário Livro V: *As formações do inconsciente*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1962-1963/2005) O Seminário Livro X: *A Angústia*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1966/2001). O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de psicanálise*, nº. 32, São Paulo, p. 8 - 14.



\_\_\_\_\_. (1969-1970/1992) O Seminário Livro XVII, *O avesso da psicanálise*. (A. Roitman, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1970/2003) Radiofonia. In: *Outros Escritos*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. pp.400-447.

\_\_\_\_\_. (1971-1972/2000) *O saber do psicanalista*. (A. I. Correa, et. all. trad.) Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.  
Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65328078/O-Seminario-livro-19a-O-saber-do-psicanalista>

\_\_\_\_\_. (1972/2013) *Del discurso psicoanalítico. Conferência de Lacan em Milán*. 12 de mayo de 1972. Disponível em:  
<http://pt.scribd.com/doc/55454317/CONFERENCIA-DE-LACAN-EN-MILAN-DEL-12-DE-MAYO-DE-1972>

\_\_\_\_\_. (1972-1973/1985) Seminário Livro XX, *Mais, ainda*. (M. D. Magno, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1974/2003). Televisão. In: *Outros Escritos*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. pp. 509-543.

Laia, S. A (2011) Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacanianiana. In: *Revista Clinicaps*. Vol. 05, nº 15 pp 01-21  
Disponível em: [http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Rev\\_15/LaiaS.pdf](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_15/LaiaS.pdf)

Laurent, E. (2003) Como engolir a pílula. In: *Ornicar?* (A. Telles, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (2008) Sinal vermelho: Entrevista com Éric Laurent. In: *Caderno Mais - Folha de São Paulo*. 30/11/2008  
Disponível em: <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2009/05/ebp-veredas-entrevista-de-eric-laurent.html>

Magalhães, E. K. (2005) Dos novos sintomas ao sintoma analítico. In: *Latusa Digital*. Ano 02, nº 14, pp. 01-10  
Disponível em: [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_14\\_a2.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_14_a2.pdf)

Marcos, C. M. & Júnior, E. S. O. (2013) O sintoma entre a terapêutica e o incurável: uma leitura lacanianiana. In: *Revista Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro. Vol. 25, nº 2, pp. 17-31.  
Disponível em: [www.redalyc.org/pdf/2910/291029762002.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2910/291029762002.pdf)

Miller, J-A. (2004) Uma fantasia. In: *Conferência de Jacques-Alain Miller em Comandatuba. IV Congresso AMP*.  
Disponível em:  
<http://www.congressoamp.com/pt/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>

\_\_\_\_\_. (1997a) Psicanálise e psiquiatria. In: *Lacan elucidado: Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. pp. 121-137.

\_\_\_\_\_. (1997b) O sintoma e o cometa. In: *Opção Lacaniana*, nº 17. São Paulo. pp. 05-13

\_\_\_\_\_. (1998) *O osso de uma análise*. (J. Gerbase, trad.) Salvador: EBP-Bahia.

\_\_\_\_\_. (2010) Mulheres e Semblantes II. In: *Opção Lacaniana on-line*, nº 1. São Paulo. pp. 01-25

\_\_\_\_\_. (2012) Os seis paradigmas do gozo. In: *Opção Lacaniana on-line*, nº 7. São Paulo. pp. 01-49

Ministério da Saúde (1998). *Portaria 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria\\_344\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf)

Nogueira, E. B. (2013). *A medicalização da vida e o engodo da felicidade*. Disponível em: <http://www.berggasse19.psc.br/site/wp-content/uploads/2012/07/Medicaliza%C3%A7%C3%A3o-da-Vida-e-o-engodo-da-Felicidade.pdf>

Nogueira Filho, D. M. (2008) *Psicanálise e medicina*. São Paulo: Escuta.

O.M.S. (1993/2008). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. (D. Caetano, trad.) Porto Alegre: Artmed.

Pelegri, M.R.F. (2003) O Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. In: *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*. São Paulo, nº 21, pp. 38-43  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n1/v23n1a06.pdf>

Peres, U. T. (2010) *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Portillo, R. (1994) Fantasma e sexualidade feminina. In: *Opção Lacaniana*, n.º9. São Paulo. pp.61-64.

Pundik, J. (2007) *Prozac. Si o No? Indicaciones y contraindicaciones*. Madrid: Editorial Filium.

Quinet, A. (2009) *Psicose e laço social. Esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Rodrigues, J. T. (2003) Medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. In: *Revista Psicologia em Estudo*. Vol. 08 nº 01 pp.13-22  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf>

Roudinesco, E. (2000) *Por que a psicanálise?* (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Santiago, J. (2001a) Lacan e a toxicomania: efeitos da ciência sobre o corpo. In: *Revista Ágora*, vol. 04, nº 01, pp. 23-32.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v4n1/v4n1a02.pdf>

\_\_\_\_\_. (2001b) Mais forte do que eu: Novas formas de satisfação do sintoma. In: *Opção Lacaniana*, nº 31, São Paulo. pp. 47-51

Soler, C. (2005) *O que Lacan dizia das mulheres*. (V. Ribeiro, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Teixeira, M. A. R. (2005) Melancolia e Depressão: Um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. In: *Revista de Psicologia da UNESP*. São Paulo, vol. 4, nº 1 pp. 41-56

Disponível em:

<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/31/57>

Teixeira, A. M. R. (2008) Depressão ou lassidão do pensamento? Reflexões sobre o Spinoza de Lacan. In: *Revista Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro. Vol. 20, nº 1 pp. 27-41

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v20n1/02.pdf>

Teixeira, V. L. & Couto, L. F. S. (2010). A cultura do consumo: uma leitura psicanalítica lacaniana. In: *Revista Psicologia em Estudo*. Maringá. Vol. 15, nº 3, pp. 583-591

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a16>

Vanier, A. (2002) O sintoma social. In: *Rev. Ágora*. Rio de Janeiro, Vol. 5, nº 2, pp. 205-217.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v5n2/v5n2a01.pdf>

Vicente, S. (2005). O impasse dos deprimidos.

Disponível em:

[http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/39Sonia\\_Vicente\\_O\\_impasse\\_dos\\_deprimidos2.pdf](http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/39Sonia_Vicente_O_impasse_dos_deprimidos2.pdf)

Vieira, M. A. (2013) Desmedicalizar?

Disponível em: [http://www.litura.com.br/artigo\\_repositorio/desmedicalizar\\_pdf\\_1.pdf](http://www.litura.com.br/artigo_repositorio/desmedicalizar_pdf_1.pdf)

Zalberg, M. (2007) *Amor paixão feminina*. Rio de Janeiro. Ed. Elsevier.