

Silveira, Lia Carneiro; Almeida, Arisa Nara; Carrilho, Camila
Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 1, 2019, Janeiro-Março, pp. 107-120
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902019180615

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263852008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto *gadget* do capitalismo

Benzodiazepines in the order of discourses: from object of science to *gadget* object of capitalism

Lia Carneiro Silveira^a

 <https://orcid.org/0000-0003-3425-6525>

E-mail: silveiralia@gmail.com

Arisa Nara Almeida^b

 <https://orcid.org/0000-0002-8637-5174>

E-mail: arisanara@gmail.com

Camila Carrilho^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0335-9364>

E-mail: carrilhacamila@hotmail.com

^aUniversidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

^bCentro Universitário Fametro. Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Este estudo objetiva analisar o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos, considerando o modo como essa substância comparece nos discursos constituídos na abordagem do mal-estar na contemporaneidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa; foram ouvidos 18 médicos e enfermeiros atuantes na rede de saúde de Fortaleza, além de nove mulheres usuárias dos serviços. A população entre usuários limitou-se ao sexo feminino, devido ao fato de a literatura apontar prevalência do abuso de benzodiazepínicos nesse público. No exame dos dados, usou-se a análise do discurso de corrente francesa, a qual permitiu entrever como o medicamento comparece no laço social, apresentando diferentes significações, a depender do lugar ocupado nos discursos. Nos resultados encontrados destaca-se que o benzodiazepíntico entra em uma espécie de curto-circuito no qual o tráfico de drogas comparece tanto na porta de entrada (como argumento para o consumo da substância em decorrência da violência cotidiana experimentada por essas mulheres) como na outra ponta (como substância desviada dos serviços de saúde e comercializada nos pontos de venda de drogas). Essa medicação constitui-se, assim, num *gadget* - objeto de consumo revestido pelo brilho de supostamente recobrir a falta. Diante desse cenário, urge pensar políticas públicas que possam ir além do modelo medicalizante.

Palavras-chave: Medicinalização; Ansiolíticos; Abuso de Substâncias Psicoativas; Psicanálise; Saúde Pública.

Correspondência

Lia Carneiro Silveira

Av. Barão de Studart, 1.891, Aldeota. Fortaleza, CE, Brasil.

CEP 60120-001.

Abstract

This study aims to analyze the phenomenon of benzodiazepine abuse, considering the way this substance appears in discourses constituted in approaching the lack of well-being in the contemporary world. This is a descriptive research of qualitative nature. Eighteen physicians and nurses working in the health network of Fortaleza were heard, in addition to nine female users of these services. The user population was restricted to females due to the literature underlining a prevalence of benzodiazepine abuse in this public. Data analysis using French discourse analysis showed how the drug affects the social bond, presenting different meanings depending on the place occupied in the discourse. It is worth noting that in the findings the benzodiazepine user sort of short-circuits, in which drug trafficking appears both on one side (as an argument for substance consumption due to the daily violence experienced by these women) and on the other (as it is a substance deviated from health services and marketed at drug outlets). This medication thus constitutes a gadget object - an object of consumption coated with the gloss of supposedly satisfying its lack. Given this scenario, it is crucial to ponder new public policies capable of surpassing the medicalization model.

Keywords: Medicalization; Anti-Anxiety Agents; Substance-Related Disorders; Psychoanalysis; Public Health.

Introdução

Os benzodiazepínicos são psicofármacos direcionados para o tratamento de transtornos de ansiedade, devido a suas funções hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes. Em função de sua grande eficácia e baixa nocividade, seu uso foi estimulado e popularizado em vários segmentos da sociedade, de modo que, atualmente, essa classe de fármacos emerge como uma das mais prescritas nos países ocidentais, inclusive no Brasil (Nunes; Bastos, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no entanto, tratam-se de substâncias com alto potencial de provocar dependência e, por isso, seu uso deveria ser restrito a um período de dois a quatro meses. Ultrapassado esse limite, já podem ser observados eventos relacionados à dependência, como síndrome de abstinência - aparecimento de sintomas físicos ou psíquicos quando o uso é descontinuado - e tolerância - necessidade de doses crescentes para alcançar efeitos antes obtidos com doses mais baixas (Nunes; Bastos, 2016). Além disso, o uso continuado de benzodiazepínicos pode ocasionar também efeitos indesejáveis relacionados à depressão do sistema nervoso central, como diminuição da atividade psicomotora e memória prejudicada, dentre outros (Mehdi, 2012).

O que se verifica na literatura é que, frequentemente, o tempo de uso excede em muito o que é prescrito e, uma vez instaurada a dependência química, o uso chega até mesmo a se perpetuar ao longo da vida (Alvarenga et al., 2015). Essa questão é ainda mais evidente na população feminina, na qual o uso abusivo de benzodiazepínicos chega a ser até três vezes maior que entre os homens (Mendonça et al., 2008; Souza et al., 2013). Os estudos desenvolvidos sobre esse fenômeno geralmente apontam como causas do uso abusivo os fatores ligados a exclusão social, falta de informação sobre a nocividade da droga, despreparo dos profissionais para lidar com a situação e maior acesso aos serviços de saúde, com consequente maior exposição à prescrição médica (Oliveira et al., 2011).

Para além de suas propriedades químicas e seus efeitos no tecido social, todavia, as substâncias utilizadas pela humanidade para amenizar o

sofrimento são, antes de tudo, objetos representados numa rede simbólica, participando, portanto, do modo como cada um apreende sua relação com si próprio e com o Outro. Apresentado pela ciência como extraído da linguagem, o medicamento é necessariamente reintroduzido pelo sujeito que o consome, comparecendo como um dos significantes-mestre de nossa civilização (Laurent, 2004). Assim, conforme Laurent (2004), em sua dimensão simbólica, o medicamento participa das cadeias representativas mediante os significantes que o nomeiam. A indústria farmacêutica, atenta a isso, escolhe nomes sugestivos, que fazem ressoar as demandas do sujeito: *Tranxilum*, que remete à tranquilidade; *Serenid*, à serenidade; *Librium*, à liberdade. Na perspectiva imaginária, afirma Laurent (2004), esses significantes geram efeitos de significação, ou seja, expectativas em torno dos efeitos atribuídos ao medicamento como objeto imaginário, suposto tamponar à falta do sujeito. Em sua dimensão real, o benzodiazepínico comparece em sua dimensão de gozo, operando um forçamento na barreira imposta pelos limites do corpo e da linguagem.

Diante desse contexto, nos perguntamos: como o benzodiazepínico é simbolizado pelos sujeitos em situação de uso abusivo dessa substância? Como ela se apresenta nos discursos constituídos na atualidade no tratamento do mal-estar? Qual é o discurso dos profissionais que recorrentemente prescrevem essas medicações nos serviços de saúde? Para responder a essas questões, desenvolvemos este estudo, com o objetivo de analisar o abuso de benzodiazepínicos, considerando o modo como cada sujeito os simboliza e como eles comparecem nos discursos constituídos na abordagem do mal-estar na contemporaneidade.

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, objetivando analisar o discurso dos profissionais de saúde e das mulheres usuárias dos serviços acerca do abuso de benzodiazepínicos. O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde

(UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do município de Fortaleza, Ceará, na proporção de uma UBS e um Caps por Secretaria Regional¹, totalizando 12 serviços. Foram ouvidos 18 profissionais da saúde, dentre médicos e enfermeiros, atuantes na rede do município, além de nove mulheres usuárias dos serviços. Esses sujeitos foram identificados pelos pesquisadores de campo mediante visitas às unidades no período de agosto de 2016 a abril de 2017.

Na seleção dos sujeitos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para os profissionais de saúde: atender pacientes em situação de abuso de fármacos benzodiazepínicos e atuar na respectiva unidade por período igual ou superior a seis meses. Para as mulheres em uso de benzodiazepínicos, os critérios foram: estar usando o benzodiazepínico há mais de seis meses, ter idade igual ou superior a 18 anos e não ser caracterizada como incapaz (o que geraria a necessidade de autorização da família ou outro responsável). Os instrumentos de coleta foram entrevistas semiestruturadas, tendo como norteador a transferência, as formações do inconsciente, a associação livre, do lado do sujeito que fala, e a escuta flutuante, do lado do pesquisador (Costa; Poli, 2006). Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os sujeitos foram identificados com nomes fictícios.

Os dados foram tratados utilizando o método da análise do discurso (AD), embasado pela corrente teórica francesa de Michel Pêcheux (1938-1983) - e, como referencial teórico, foi utilizada a psicanálise, especialmente a teoria lacaniana dos discursos. Inspirada na concepção psicanalítica de discurso, a AD de origem francesa permitiu trazer para o campo da pesquisa uma perspectiva da linguagem para além da comunicação, rompendo com uma abordagem mecânica e linear da fala como mera transmissão de informação. Assim, aquilo que é transmitido numa fala explícita não esgota todos os sentidos possíveis, implicando também naquilo que fura a cadeia simbólica e comparece em seus equívocos e deslizamentos - falhas, lapsos, silêncios - permitindo sustentar a hipótese do inconsciente (Gomes, 2007; Teixeira, 2005).

¹ A organização administrativa do município de Fortaleza é dividida em seis zonas, denominadas "Secretarias Regionais".

A análise das entrevistas pelo método da AD percorreu três etapas, a saber: (1) transcrições - nesse momento, realizamos a passagem da superfície linguística (o material empírico bruto), de modo rigorosamente fidedigno, para objeto discursivo; (2) passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, que consiste na operacionalização de sucessivas leituras do material, aplicando os dispositivos de análise da AD - polissemia, paráfrase, interdiscurso e metáfora (Gomes, 2007); e (3) estruturação do material na rede dos discursos, embasando-se para isso na teoria formalizada por Lacan.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará com o Parecer nº 690.266, de 9 de junho de 2014, que estabelece a regulamentação para a pesquisa com seres humanos. O anonimato dos entrevistados foi mantido e os nomes foram substituídos de acordo com a seguinte legenda: para profissionais de saúde, categoria profissional seguida de um número; para as mulheres em situação de uso abusivo de benzodiazepínicos, nome de uma flor.

Referencial teórico

Os discursos no ensino de Jacques Lacan

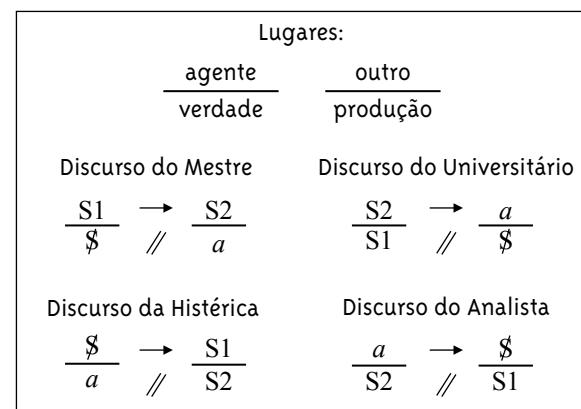
Para Lacan, um discurso é o modo pelo qual a linguagem aparelha o gozo, ordenando-o em uma cadeia simbólica: “isso tem a ver com a estrutura que se aparelha. O ser humano, que sem dúvida é assim chamado porque nada mais é que o húmus da linguagem, só tem que se emparelhar, digo, se *apalavrar*, com esse aparelho” (Lacan, 1992, p. 48).

Essa tentativa varia ao longo da história, mas é sempre marcada por um ponto de fracasso. Isso porque todo discurso é marcado pela impossibilidade inerente ao laço que promove, uma vez que essa estrutura comporta uma disjunção, sempre encontrando uma barreira de gozo e fracassando em dominá-lo. Vemos aí que Lacan está atento a sua inscrição freudiana, pois, desde *Análise terminável e interminável* (Freud, 1996b), o pai da psicanálise já havia assinalado as impossibilidades presentes nos atos de governar, educar e analisar. Cada um desses três impossíveis

vai dar origem aos discursos formalizados por Lacan, aos quais ele acrescenta um quarto: “fazer-se desejar”.

É assim que, no seminário *O avesso da psicanálise* (1992), Lacan elabora sua tetralogia discursiva: quatro discursos (do mestre, da histérica, do analista e do universitário), montados a partir de quatro elementos (S_1 e S_2 , o sujeito $\$$ e o objeto a) e quatro lugares (agente, verdade, outro, produção), assim dispostos:

Figura 1 – Os quatro discursos



Fonte: Lacan, 1992

Dessa forma, o aparelho discursivo segue um movimento em sentido horário que pode ser interpretado da seguinte maneira: um agente, movido por uma verdade, dirige-se a um outro que responde com uma produção.

O primeiro discurso trabalhado, o do mestre, inicia-se a partir de uma máxima de Lacan (1998, p. 833): “um significante representa o sujeito para um outro significante”, o que se representa como expressão mínima de uma cadeia significante ($S_1 \rightarrow S_2$). Temos, nesse discurso, a intervenção de um significante-mestre como agente (S_1) que vem representar o sujeito para um outro significante no campo de um saber já estruturado (S_2). Esse é o discurso que trata da emergência do inconsciente, cujo sujeito permanece velado, abaixo da barra. A estrutura desse discurso do mestre se completa quando, em decorrência da limitação do significante em dizer a coisa, a operação de governar que o mestre aplica ao escravo deixa um resto que vai se escrever como perda na exploração da mais-valia e que Lacan vai escrever como objeto a , embaixo, à direita. O que sobra, diz Lacan (1992, p. 30), “é exatamente, com

efeito, a essência do senhor - a saber, o fato de que ele não sabe o que quer". Mas é assim também que o discurso do mestre, ao permitir a elaboração de um saber, abre a via para uma modalidade de gozo: "a partir daí começa o trabalho. É com o saber como meio de gozo que se produz o trabalho que tem um sentido, um sentido obscuro. Esse sentido obscuro é o da verdade" (Lacan, 1992, p. 48).

Ao fazer girar um quarto nessa estrutura, temos o discurso da histérica, em que o sujeito dividido, no lugar de agente (\$), irá se dirigir ao mestre para obrigá-lo a elaborar um saber (S₂). O que a histérica quer, diz Lacan (1992, p. 32) é "que o outro chamado homem saiba que objeto precioso ela se torna nesse contexto de discurso". Ela faz isso sustentada na causa do seu desejo (a), da qual ela nada sabe: a histérica visa o mestre, fazendo-o trabalhar para extrair dele um saber sobre ela. Sua verdade, o que a move, é sua falta-a-gozar e, ao final, o saber produzido pelo Outro nunca dará conta de sua divisão, trazendo para o primeiro plano o mestre castrado (Carvalho, 2008).

Mais um quarto de giro e temos o discurso da universidade, em que o saber vai surgir como agente (S₂), sustentado na legitimidade do mestre (S₁), que permanece como verdade oculta. Ao colocar o saber no comando, faz entrar em jogo a possibilidade de existir um saber universal, que se enuncia enquanto capaz de suturar a falha que foi exposta pela histérica, colocando-se em nome da verdade (Carvalho, 2008). Assim, apresentar um saber como senhor faz tratar o outro como objeto (a), como resto, como coisa - do qual se deduz o sujeito sintomático em sua incapacidade para gozar conforme o imperativo de produzir saber.

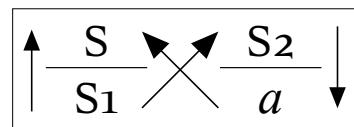
O último dos quatro giros propostos por Lacan dá origem ao discurso do analista, em que, esquivando-se do lugar de mestre, o agente coloca-se na posição de semblante do objeto-causa (a), dirigindo-se ao outro como sujeito dividido (\$), fazendo-o produzir os significantes-mestre aos quais esteve alienado em sua história. O analista, nesse lugar, sustenta-se do saber inconsciente (S₂) elaborado em sua própria análise. A posição privilegiada do objeto a faz o analista se colocar como efeito de rechaço do discurso, como causa do desejo, que irá interpellular o outro, o sujeito dividido (\$), voltando-se para seu sintoma (Carvalho, 2008). Por essa razão, o discurso do analista terá como particularidade ser o único a

colocar o outro na posição de sujeito (\$), permitindo que ele possa expressar sua singularidade.

De todo modo, cada um desses discursos sustenta-se e, ao mesmo tempo, aponta para essa impossibilidade de se fazer uma totalidade a partir do encontro com o Outro, ou seja, para a inexistência da relação sexual. Produto da castração, condição de seres sexuados submetidos à linguagem, está a impossibilidade de se obter um gozo absoluto, completo (Lacan, 2008). Ocorre que, na sociedade atual, o discurso do mestre sofre uma torção e passa a conformar aquilo que Lacan (1978) vai chamar de discurso capitalista. Este seria, na verdade, uma espécie de mutação, aberração, um discurso em curto-circuito ou o pior (Fingermann; Dias, 2005). A razão de chamá-lo de pior é que ele se diferencia dos demais discursos por não oferecer um lugar para a impossibilidade. Ele insiste em desconsiderar a falta e a perda necessária de gozo inerente à entrada na linguagem.

A principal mudança que o discurso capitalista expõe é a ausência de qualquer relação entre o agente e o outro, o que denuncia sua falta de laço social, evidenciado pela ausência de seta entre os numeradores do matema: "nesta montagem de discurso o sujeito (\$) só se relaciona com a mercadoria de objetos (a) comandados pelo mestre (S₁)" (Soler, 2011), conforme Figura 2:

Figura 2 – Matema do discurso capitalista



Fonte: Lacan, 1978

No discurso contemporâneo, a relação de consumo se sobrepõe ao que antes era uma disjunção (\$\backslash a) descrita no discurso do mestre. Temos em seu lugar uma ligação que vai do objeto de consumo ao sujeito (a → \$). A tentativa imaginária de suturar a falta inerente ao sujeito promove uma satisfação que, no entanto, é precária, declinando diante do surgimento de outro objeto, garantindo, assim, que a reprodução do discurso seja perpetuada (Alberti, 2000). O fluxo constante no lugar da produção, em que há substituição rápida dos objetos de consumo, os *gadgets*, se faz de forma veloz e imediata, de modo

a ser capaz de sustentar a satisfação, justo no local em que “algo é subtraído ao sujeito, o império da falta que faz consumir” (Carvalho, 2008, p. 227).

É por esse ponto que se identifica o deslocamento do discurso do mestre para o capitalista: a mais-valia, sentida como perda e apropriada pelo mestre, se converte em produção de objetos de consumo a serem ofertados ao mercado. É dessa forma que Žižek (1996) relaciona a mudança da fetichização nas “relações entre homens” para as “relações entre coisas”, pois nelas estão veladas as relações de dominação não só durante sua produção, mas também em sua aquisição, podendo se mostrar novas formas de dominar: ter o carro ou o *smartphone* do ano faz a pessoa se sentir mais valorizada ou até se equiparar a eles, por exemplo. Assim, nos aproximamos da homologia entre o mais-de-gozar e a mais-valia, ou seja, a conversão do gozo em valor como causa do desejo (Soler, 2011). Nessa lógica, “nada se perde, tudo se transforma”, pois, em certo momento, essa perda começou a ser contabilizada (Alberti, 2000).

Feita essa exploração teórica acerca dos discursos formalizados por Lacan, iremos tomá-la como chave de leitura para analisar o fenômeno do abuso de benzodiazepínicos na contemporaneidade.

Resultados e discussões

O abuso de benzodiazepínicos na rede dos discursos

A análise dos discursos produzidos em torno do fenômeno de abuso de benzodiazepínicos permitiu-nos entrever como o medicamento comparece no laço social, ocupando diferentes significações, a depender do lugar que exerce no discurso em questão. Na produção discursiva da saúde, o discurso do mestre é sustentado na figura de seu agente (o médico ou outro profissional de saúde, o especialista), que usa de sua autoridade com o paciente, fazendo obedecer aos seus comandos (Quinet, 2002). Nas entrevistas realizadas com os profissionais, encontramos elementos que apontam para a instauração desse discurso:

Como não tem vaga para os médicos, normalmente, esses pacientes acabam caindo na nossa agenda, né?

E aí, assim, eles vêm só em busca de receita. O que normalmente... O que acontece é o que, o profissional de enfermagem, ele renova a prescrição e pede para o médico carimbar. (Enfermeiro 6)

Aí a gente aqui... Não pode fazer muita coisa, porque, enfim, o médico diz que não atende quem não tiver receita anterior, a gente vai fazer toda aquela conversa, você precisa passar por um psiquiatra, sem a receita anterior, eles não vão passar pra você. Eles não passam a prescrição desses medicamentos sem passar por um especialista primeiro, o quê que eu posso fazer? (Enfermeira 8)

Nessas falas, nos atemos à posição em que é colocado o médico (generalista ou psiquiatra), a quem é atribuída a exclusividade de prescrever e a quem o paciente deve obedecer para conseguir a “receita”. É assim que o medicamento (benzodiazepínicos) surge como articulador de uma relação de subordinação a este que supostamente viria a encarnar o lugar de “senhor”. No entanto, vemos como esse lugar de mestria é incômodo também para o médico, que é aí colocado e aponta para sua dificuldade em encontrar ferramentas para abordar as demandas que lhe são endereçadas: *Mas a gente não tem a bagagem que o psicólogo tem pra... pra algumas demandas que às vezes saem no grupo. Então precisa de um NASF. O NASF também só tem dois profissionais agora, saiu, então precisaria (Médica 1).*

O que se desvela é que o S1 na posição de comando é apenas um significante. Um significante especial dentro do discurso na saúde (o médico), mas que nenhum ser humano pode vir a encarnar sem que sua divisão compareça. Nesse ponto de falência do pequeno outro em encarnar o Um da ordem, o discurso do mestre comparece também quando as pacientes entrevistadas sustentam uma fala embasada na religiosidade:

Porque eu tenho Jesus na minha vida [...]. Porque a gente sem Jesus num é ninguém, Ele me dá muita força para resistir o que passo com ele, já passei muita coisa ruim com ele [...]. Enquanto Deus não me levar, eu ainda vou ver, ele servindo ao Senhor, liberto! Que Deus é maior em nossas vidas, né? (Alfazema)

O significante “Jesus” surge aí restaurando o lugar desse Outro potente, que tudo sabe, que tudo pode e que consente dar um sentido à morte, ao sexo, à vida. Em outros termos, diante das angústias e do mal-estar, há alguém que sabe, que traça o destino dos homens (Brunetto, 2010).

Quando nos voltamos para o discurso universitário, como afirma Quinet (2002), o saber é quem manda, e o mestre foi substituído pelo saber universal científico. Na ordem que dá tratamento aos benzodiazepínicos, encontramos o saber da neurologia, da farmacologia e dos manuais diagnósticos para justificar as prescrições:

Vejo, vejo, às vezes é... Tem aquele transtorno depressivo, a... associado ao transtorno de ansiedade, às vezes tem que conversar um pouco mais, saber realmente qual é o predominante... Mais qual é o que tá li... Mais sofrendo, se é mais ansiedade, se é mais depressão, né? Às vezes se confunde. (Médico 3)

Eu prescrevo pra qual paciente, paciente com transtorno ou então às vezes até uma depressão, sintomas ansiosos, ou seja, quando o paciente tem níveis de ansiedade bastante elevados. Uso, prescrevo nesses casos, numa forma de tentar diminuir aqueles sintomas negativos que a pa... paciente apresenta, aqueles sintomas desconfortáveis que apresenta [...]. A gente tenta substituir... a medicação por outras medicações que tente controlar os sintomas, né? Fazer uma retirada gradual. (Médico 7)

Observamos ainda que, nessas falas, transparece um fino limiar entre os diagnósticos de ansiedade e depressão, expressando a dificuldade de dar contorno e fechamento a esses estados da psique, chegando inclusive a serem confundidos. Entendemos que essa dificuldade se dá, em parte, em virtude de uma questão estrutural que permeia a psiquiatria moderna (Quinet, 2002). O conhecimento em farmacoterapia comparece para embasar o discurso médico, pois age na tentativa de modificar e corrigir os comportamentos, pensamentos e afetos considerados patológicos pela química no corpo (Kaplan et al., 1997). Assim, conforme a última fala expressa, o medicamento é usado com o objetivo de

agir sobre os sintomas, controlando-os, sem haver intervenção ou questionamento sobre sua etiologia.

Outro ponto que se destacou nas falas dos profissionais de saúde são as menções apoiadas na teoria da determinação social do processo saúde-doença. Os enunciados que se encontram articulados a essa formação discursiva tratam do contexto social em que as pacientes estão inseridas como determinante para o sofrimento que leva ao uso de benzodiazepínicos. Destacam-se os aspectos relacionados à classe social, à criminalidade, ao tráfico de drogas e às relações de gênero:

Elas sofrem mais porque ela tão numa área exposta, uma demanda... maaiss... é... é que elas estão numa área crítica, né... en... uma população crítica, que elas moram a mara... a maioria em favela, uma população mais... É, um poder aquisitivo menor, que não tem p-poder... que não tem condições de-de uma saúde, uma educação melhor... Então elas sofrem mais d-de acordo com sua economia. (Enfermeira 5)

Então as pessoas buscam na forma de enfrentamento. É muita mãe que tem filho drogado em casa, que bate, que, sabe? Que tá preso e que tá fazendo maldade, é uma esposa que é maltratada, bate, o marido drogado, usuário, trafica em casa. Então, às vezes, a maioria das vezes onde a gente vai investigar, o início foi por necessidade de enfrentamento, mesmo, de problema social... (Enfermeira 8)

Ainda a esse respeito, na fala de outro entrevistado: *Ah, o... o motivo essencial que levou ao uso de benzodiazepíncio aahh... Permanece lá. Ou seja, a baixa condição socioeconômico, ah... O frágil tecido social que eles estão inseridos (Médico 2).* O embasamento na teoria da determinação social para explicar a causa do uso abusivo pelas mulheres demonstra ser algo reproduzido em várias falas dos profissionais. No entanto, essa busca por deslocar a causalidade do sofrimento apresentado pelas pacientes para o campo social não converge na realização de uma clínica afinada com esses conceitos, e a intervenção permanece pautada no processo de medicalização, como foi bem reconhecido neste recorte: *É assim... Não existe uma clínica, existe uma dependência social da medicação, entendeu? (Enfermeira 8).* Para as dores

sociais, uma medicação que as anestesie - é essa a lógica que se depreende dos discursos pautados na determinação social. Mas será que essa medicalização não entraria a serviço da própria manutenção dessa ordem? De acordo com Almeida (2009), o discurso do mestre e do universitário têm em comum o fato de que ambos correspondem aos discursos de dominação, sendo um pela via do poder e outro pela via do saber. Dessa forma, estão, sim, a serviço do processo civilizatório.

Não existem, todavia, apenas discursos que caminham para a consolidação da ordem do processo civilizatório. Há também aqueles que o questionam, provocando deslocamentos. O discurso da histérica comparece convocando o avesso da civilização, na medida em que empurra para a produção de um saber ao mesmo tempo em que aponta para aquilo que, nesse saber, incessantemente fracassa. No material que analisamos, esse discurso surge, certamente, com seus efeitos correspondentes. Do lado dos profissionais, os sintomas que levam a uma demanda pelos benzodiazepínicos são vistos como expressão da condição feminina, supostamente mais emotiva: *Às vezes, assim, eu acho que é por esse lado mesmo, por serem mais emotivas, e até porque, assim, a nossa demanda, é... sempre foi maior [em] mulheres, né?* (Enfermeira 9). Ou, ainda:

Os homens que usam benzodiazepínicos são prescritos, assim, pra eles, realmente são esses pacientes mais idosos, cheios de comorbidades. Mas o paciente jovem, esclarecido, que senta na sua frente e pede um benzodiazepílico, é mulher. A mulher porque ela vem mais, e porque ela é poliqueixosa. (Enfermeira 6)

O significante “poliqueixosa”, que aparece como metáfora dessa emotividade, é bastante conhecido nos serviços básicos de atenção à saúde, pois remete a uma população que lota essas unidades, geralmente formada por mulheres² que apresentam sintomas de dores difusas que não encontram associação direta com causas orgânicas. Além disso, são geralmente sintomas refratários à terapêutica médica e às medidas

paliativas realizadas (Vescovi et al., 2015). Podemos perceber aí uma similaridade bastante significativa entre esses sintomas e aqueles ouvidos por Freud, no final do século XIX, de suas pacientes histéricas.

É digno de nota que, passados mais de cem anos desde os *Estudos sobre a histeria* (Freud, 1996a), as mulheres que apresentam esses sintomas continuem tendendo a ser ignoradas pelos serviços e até cheguem a ser vistas como incômodas em razão de os utilizarem demasiadamente (Vescovi et al., 2015). Além disso, são mais propensas à entrada no ciclo de dependência dos benzodiazepínicos, pois estes funcionam como resposta médica rápida, que cala essas dores inconvenientes. Mas, é fundamental assinalar que, quando escutamos essas mulheres, a verdade começa a se revelar, pois o discurso histérico sustenta-se da verdade como causa (*a*). As entrevistadas falam especialmente sobre seus sintomas no corpo:

Aí eu... Nunca ele tinha me batido. Aí de tanto ele me bater, eu fiquei com crise. Aquela crise assim que as carnes ficam tudo solta dos ossos. Que você num vai... A sua vista vai embaçando. [...]. O único remédio que eu uso só é esse daqui e é no último caso, quando eu tô muito nervosa, que eu sinto quando eu tô nervosa que a garganta começa a arranhar, entendeu? Aí as carne começa a afrouxar dos ossos aí eu tomo, mas se não for assim eu não tomo não. Só tomo em último caso mesmo. Em último caso. [...] É, eu sinto. A carne tremendo, as costas... Aqui minha nuca começa a esquentar... Eu acho que isso num é normal não. (Rosa)

Não sentia as perna, não sentia os braço e a fraqueza no meu corpo. Uma fraqueza muito grande e eu passando mal. Passando mal, passando muito mal. E os meus filho chorando. E comecei a ficar roxa, meus pés ficando roxo. E eu me sentido mal. Aí ligaram pro meu esposo. Meu esposo veio, me botou dentro do carro e eu desmaiei, apaguei. (Violeta)

Esse aspecto também surge em outras falas: *Aquelas fraqueza na cabeça. Acho que é. Sei lá. Que eu num comia. Aí fiquei um bocado de dia assim, aí*

² Não deixa de ser interessante observar que esse discurso provém de enfermeiras, mulheres, pertencentes a uma profissão eminentemente feminina.

depois melhorei com o Alprazolam (Orquídea); Aí as vezes eu... O sistema é tão grande que eu me tremo, eu fico se tremendo. É se tremendo todinha, é suando frio. Aquele calafrio, quente e frio, quente e... E às vezes ou a pressão baixa ou às vezes alteia (Jasmim). E, ainda: Tem hora que eu me acordo boazinha, aí eu sinto pra mim aqui no meu rosto tá tremendo, sabe? (Iris).

Significantes como “perturbada”, “alterada”, “agitada” e “dar ataque” apontam para esse gozo a mais que comparece em sintomas do corpo: tonturas, desmaios, falta de ar, tremores, anestesias, “a carne frouxa”. No entanto, desde a invenção da psicanálise, sabemos que essas queixas não são meros inconvenientes para o serviço de saúde, pois o sintoma fala, apresentando-se como uma mensagem a ser decifrada que toma o corpo como significante daquilo que permanece recalado (Quinet, 2011).

Certamente, não está no escopo desta pesquisa analisar a significação clínica dos sintomas expressos por essas mulheres. Mas destaca-se a forte correlação que elas estabelecem entre os sintomas que experimentam e as violências a que se veem submetidas em decorrência de uma realidade marcada pelo tráfico de drogas. Seja pela perda de entes queridos na “guerra das drogas”, seja por conviverem com dependentes químicos, seja pelos filhos traficantes que cumprem pena na prisão. Isso surge tanto no discurso direto delas como naqueles relatados pelos profissionais: *Ele [o marido] se env... Assim se... se envolveu nas drogas. [voz embargada pelo choro] Aí... foi um choque pra mim né, porque eu já me juntei com ele pra ter uma vida melhor (Jasmim).* Ou, ainda: *Num quer porque não quer. A verdade é essa. Então o medo que eu tenho o fim daquele menino é ir pra uma cadeia. Aquelas crianças... Já foi polícia lá, ele drogado (Iris).* Além disso:

Quando fico nervosa, vou ao banheiro toda hora. Aí tem xixi também, né? Mas quando ele [filho que se encontra na prisão] tá bem, aí não tomo [o medicamento], tomo de jeito nenhum. Mas agora tô necessitada, porque ele tá lá dormindo no chão, né? Cheio de ferida, porque lá cria curuba, né? Ele tava na tranca, né? (Alfazema)

A questão social é muito forte, muito pesada, né? Você tem... uma vida muito dura, de-dentro dessas favelas, dentro dessas comunidades. [...] Você... se sensibiliza. Aí você se põe no lugar do paciente. O paciente mora numa favela, onde tem tiro, bala, gente morrendo o tempo todo, traficante. À noite toma um benzodiazepínico, dorme a noite todinh[a]... (Médica 5)

Dentre esse público, as que usa[m] benzodiazepínicos também acaba[m] ficando maior. Além de outros fatores como, por exemplo, a questão, muitas vezes, de ter um quadro de violência doméstica e aí, o-outros problemas familiares, problemas com filhos, uso de drogas pelos filhos, e tudo.. E [o] que elas procuram dentro do benzodiazepínico... é-é, esquecer um pouco esses problemas, conseguir pelo menos dormir, é o relato que muitas delas fazem. (Enfermeiro 6)

Acabo falando muito mais quando a gente... Por exemplo, lá no Bom Jardim³ eu pegava muito paciente que ficava participando de assaltos. Aí chegava com crise de taquicardia, de ansiedade, elevação da pressão arterial. Até que... A paciente sempre chegava passando mal, sempre pedia o Diazepam. Lá no Bom Jardim, que que era um bairro muito, muito mais violento, não que aqui não seja, mas muito mais violento, que tava mais intrínseca a violência, eu gastava muito receituário de benzodiazepínico. Aqui é bem menos. É alto, mas é menos... certo? (Médico 3)

Tanto no discurso das pacientes como no dos profissionais, a violência decorrente do tráfico de drogas aparece para justificar o recurso ao benzodiazepínico como paliativo ou tentativa de recobrir o horror de uma situação social recorrentemente escancarada. No entanto, este estudo desvelou para nós um viés imprevisto, que denuncia a verdade do benzodiazepínico como espécie de chave comutadora entre duas etapas do mesmo ciclo. Essa irrupção da verdade no discurso pode ser identificada no significante “avicia”, que uma das entrevistadas usa para se referir ao efeito de dependência dessa

³ Bairro do município de Fortaleza, Ceará, marcado por forte viés de violência associada ao tráfico de drogas.

substância: *Aí meu menino começou a usar drogas, aí eu fui de novo e tirei. Mas eu não tomo todo dia não, pois quem toma todo dia se avicia e eu não quero isso para minha vida...* (Alfazema). Esta outra entrevistada desvela a verdade ao se dizer viciada e denunciar que, quando falta a medicação na unidade de saúde, é ao ponto de tráfico de drogas (a bocada) que ela recorre para adquirir o benzodiazepíntico:

Aí como eu tô procurando me libertar deles, que que eu tô fazendo agora? Eu entrego na mão do meu esposo pra mim não perder o controle da minha pessoa porque eu já me ainto já viciada neles né? [...] Esse aqui infelizmente eu tomo porque a gente precisa dormir. Mas por mim eu já tinha deixado. [...] eu me sinto mal tomando eles. Eu me sinto drogada. Quando falta as minhas receita é preciso ir na bocada comprar. [...] Lá onde vende droga. (Violeta)

Os profissionais entrevistados, por sua vez, também denunciam experiências que muito se assemelham àquelas vividas por quem convive com dependentes de drogas ilícitas, chegando a se sentir pressionados e ameaçados a prescrever:

Mas assim, esses que já são acostumados a tomar [benzodiazepíntico], que não é paciente seu, que você não conhece, eles vem com um nível de... Às vezes é tenso, sabe? Deixam a gente com... Deixam a gente despro... desprotegido também, né? Como profissional aqui... Depois que ele tá dentro da sala é um pouco complicado. (Médico 3)

Quem é dependente, chega aqui, rouba, mata, faz o que for, mas sai com a receita. É assim, eles já chegam ameaçando. Eu lembro de uma médica que foi ameaçada mesmo, mesmo, mesmo, do cara dizer assim: “ó, não perco nada, passo nem dois meses preso”. (Enfermeira 8)

Às vezes, você não encontra no posto o benzodiazepíntico porque é mais fácil encontrar na bodega, é mais fácil encontrar no mercado negro, na mão do traficante. A gente sabe que tem pessoas.

É que o tráfico, ele seleciona algumas pessoas para se consultarem periodicamente nas unidades de saúde e aquele negócio [...]. É, eventualmente algumas podem ser, pode ser até esposas de... de... de quem comercializa, de traficantes, talvez não necessariamente elas, né? Então assim, existe um... Acho que uma rede que funciona, de... do mal, vamos dizer assim, né? Pra tentar obter os... esses medicamentos, né? (Médico 2)

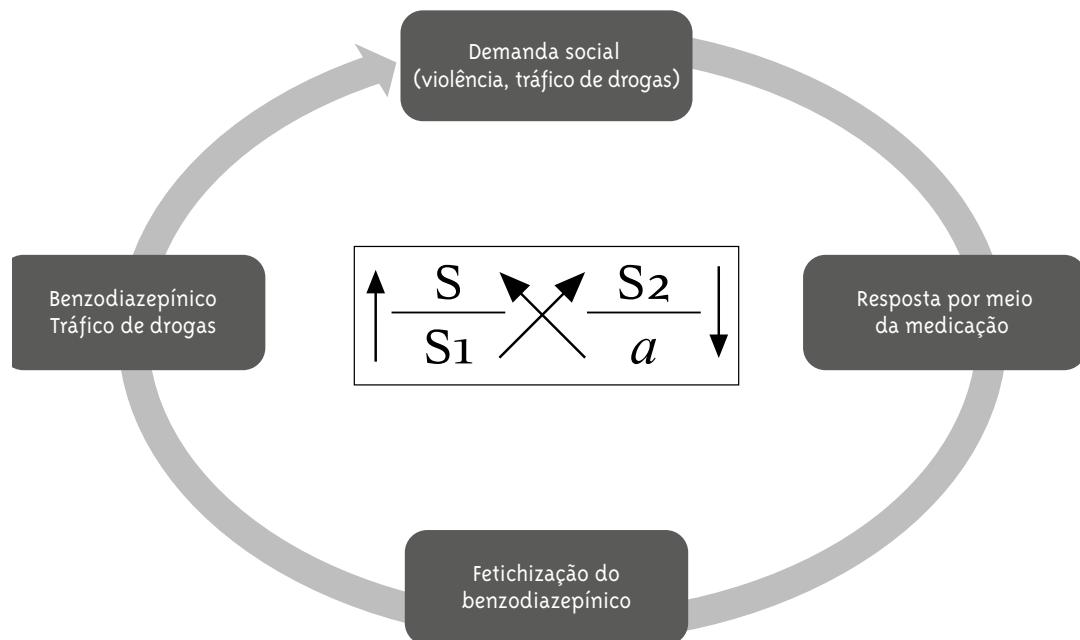
No último trecho, um novo aspecto se apresenta e se faz inédito em nossa pesquisa, quando surgem as indicações de que o benzodiazepíntico entra no esquema de tráfico de drogas ilícitas. A ideia comparece também na seguinte fala: *Se desconfiamos que a pessoa tá fazendo um uso indevido, como vender, usar como droga, trocar como droga, também eu tento dar um alerta para o médico, né? Se, se eu desconfiar e... é... é... e é basicamente isso... (Enfermeiro 6).*

O risco de tocar nesse tema se mostra, especialmente, nas falas vacilantes e repletas de reticências. Encontramos, nesse ponto, o fechamento de um ciclo, no qual o “horror” que um discurso se compromete a tratar volta pela porta dos fundos, apresentando sua face real: um discurso que, inicialmente, surge justificando a prescrição dos benzodiazepínicos diante do mal-estar causado pela condição social (justificada pelo tráfico de drogas e pela criminalidade) mostra-se agora parte da mesma engrenagem que sustenta o tráfico e a criminalidade. Em outros termos, é como um ciclo que se fecha, gerando mais consumo, conforme buscamos ilustrar pela Figura 3.

Identificamos, assim, a assustadora constituição de um ciclo perverso, que tem como porta de entrada um sujeito com uma demanda de sofrimento cotidiano, marcado pela exposição à violência (especialmente relacionada a familiares dependentes químicos) e que acaba recebendo como resposta uma medicação com alto potencial de causar essa mesma dependência química, numa fetichização⁴ do medicamento. Numa segunda etapa do ciclo, é o próprio profissional de saúde que se vê exposto à violência quando tenta, de algum modo, barrar ou reduzir esse consumo.

⁴ Esse fenômeno, descrito por Karl Marx (1996), ocorre quando uma mercadoria passa a assumir vida própria e a conduzir, inclusive, as relações humanas.

Figura 3 – Esquema do ciclo de consumo gerado pela frequente prescrição de benzodiazepínicos, que tem como base o discurso capitalista



Os discursos analisados escancaram aquilo que permanece velado nesse casamento entre os interesses da indústria farmacêutica, as políticas de saúde centradas na medicalização e a necessidade de controle social: a produção de uma dependência química não só aceita, mas legitimada pelo Estado, sob o pretexto de conter os sofrimentos produzidos pela própria violência oriunda do tráfico de drogas. As propriedades que causam dependência e tolerância aos benzodiazepínicos, aliadas aos seus efeitos amortecedores, os tornam extremamente compatíveis com a lógica capitalista:

Percebemos como o casamento das propriedades benzodiazepínicas com a medicina científica e o modo de produção capitalista abriu espaço para uma epidemia de dependência química bastante singular, não só aceita socialmente, mas até mesmo estimulada. Isso porque a substância nasce com um forte potencial para servir às duas dimensões desse processo. Por um lado, vem a serviço da manutenção de um corpo que funciona para o modo de produção para atender às necessidades do capitalismo, sem demonstrar mal-estar ou dor, por outro, porque

mostrou-se ser imensamente lucrativo para a indústria farmacêutica, tornando-se a medicação mais consumida do mundo e com um público cativo. (Silveira; Martins; Rodrigues, 2015, p. 134)

Com a leitura psicanalítica, podemos aproximar esse curto-círcuito que identificamos àquele denunciado por Lacan (1978) como inerente ao discurso capitalista - que, ao subverter os lugares do discurso, rompe os laços estabelecidos entre o sujeito e o outro para fazê-lo convergir em direção aos *gadgets* - objetos de uso curto e rápido, revestidos pelo brilho de o objeto suposto recobrir a falta. Nossa hipótese é que o benzodiazepíntico se constitui num desses *gadgets*, que deveriam “trapar” essa falta, como diz esse rico neologismo oriundo do lapso de uma de nossas entrevistadas: refere-se a uma substância se arvora de “tratar”, mas que, mal-e-mal só faz “tapar”, denunciando também, no cristal da língua, a “trapaça” que se esconde aí.

Ao sempre apresentar um novo objeto, o discurso capitalista se distingue dos demais por possuir uma estrutura fechada. É nela que reside seu caráter de aberração, que a faz girar vorazmente, sem a

possibilidade de descontinuidade, num curto-circuito em que a relação do sujeito não é mais barrada por inacessibilidade à causa perdida, e o sujeito torna-se impelido a gozar (Alberti, 2000).

No discurso capitalista, não há laço com o outro - ou, dizendo de outra forma, trata-se de uma degradação do laço social. Assim, o que se apresenta pelas falas é um sujeito reduzido a sua condição de impotência nas duas pontas do discurso. Para as mulheres usuárias de benzodiazepínicos, o lugar de vítima e frágil ("tadinha", "poliqueixosa", "emotiva"). Do lado dos profissionais, esse mesmo lugar de vítima surge quando falam de sua condição de acossados pelo tráfico ("desprotegido", "ameaçado", "perdido", "atado"). Estamos diante do "pior", do preço a ser pago pelo esvaziamento do lugar da palavra e pela tentativa de tamponar o lugar da falta com objetos comercializáveis e ao acesso da mão.

Há um vetor que direciona o sujeito do lugar de "consumidor" ao de "objeto consumido". Assim, estamos diante da face real do *phármakon*, que não diz respeito ao sentido da química, como efeito farmacocinético, mas ao efeito de um "retorno do real", fora do sentido que causa um forçamento na barreira em que o gozo se impõe (Laurent, 2004).

Considerações finais

A prescrição de benzodiazepínicos como resposta ao mal-estar contemporâneo ainda tem sido um importante eixo das políticas de saúde medicalizantes. O abuso dessas substâncias com uso prolongado, muitas vezes durante toda a vida adulta das pacientes, é reconhecidamente uma de suas faces nocivas. As leituras e análise dos dados nos levaram a concluir que o que se encontra na base dos discursos dos profissionais de saúde para explicar a prescrição e a problemática do uso abusivo de benzodiazepínicos entre mulheres apoia-se numa justificativa biomédica dos diagnósticos de depressão e ansiedade - que, por sua vez, são associados à violência urbana a que essas pessoas estão submetidas, especialmente na sua face articulada à pobreza e ao tráfico de drogas.

No entanto, vimos como essa "verdade" destacada no discurso corrente é, como toda verdade, apenas meio dita. Em primeiro lugar, sabemos que o abuso

de benzodiazepínicos está longe de ser uma realidade apenas de classes sociais mais baixas ou de pessoas que convivem em comunidades dominadas pelo tráfico de drogas. Outro estudo poderia ser realizado analisando os discursos dos profissionais e pacientes de classes sociais mais altas, com vistas a investigar o que os sustenta.

Mas o aspecto mais importante que essa pesquisa nos revelou é que esse discurso da determinação social, que visa justificar o recurso ao benzodiazepínico para tornar mais suportável a vida dessas pessoas tão degradadas na exclusão de direitos sociais mí nimos, comparece sustentando a mesma lógica que se supõe vir a tratar, produzindo um curto-círculo perverso que se retroalimenta vorazmente. Isso é revelado nas falas que trazem à tona a insistência das pacientes em requerer a prescrição, nas ameaças e agressões que vitimizam os profissionais e nas graves denúncias de que o medicamento estaria dentro de um esquema de tráfico. É aí que fechamos o ciclo no qual, inicialmente, o benzodiazepínico entrou: sua prescrição é justificada pelo mal-estar causado pela condição social (tráfico de drogas e criminalidade) e termina por sustentar o mesmo tráfico e criminalidade.

Diante desse cenário, urge pensar políticas públicas, tanto para a atenção dessas mulheres como para a formação em saúde dos profissionais, que possam ir além do modelo medicalocêntrico, permitindo encontrar possibilidades de elaboração desse sofrimento cotidiano que não passem pela indução de uma dependência química legitimada. Uma dessas vias é aquela que sustentamos a partir da psicanálise. Não como uma panaceia que pretenda, por exemplo, substituir a realidade medicalizante das atuais políticas de saúde. Ela surge como um convite àqueles que queiram saber algo sobre esse mal-estar - esteja esse sujeito do lado das mulheres usuárias ou dos profissionais de saúde -, para que possam recorrer à palavra e elaborar um modo possível de lidar com aquilo que os acomete. Trata-se de uma via que segue na mão contrária do curto-círcuito do desejo operado no discurso capitalista e que aposta no sujeito em sua relação com um saber desconhecido por ele mesmo.

Apostar no sujeito significa ir além da proposta generalizante e restituir um lugar para a singularidade, abrindo espaço para a escuta.

Trata-se de abrir a possibilidade de resgatar a ideia de Platão (2003), em que a palavra também pode ser um *phármakon* - termo grego de sentido ambíguo - como possibilidade de ser remédio, mas também veneno. Essa dupla significação também é própria do sintoma, que é o “problema”, mas pode também vir, ao mesmo tempo, a abrir uma via de reinvenção possível para o sujeito, caso este possa se interrogar sobre o que o faz sofrer.

Referências

ALBERTI, S. O discurso do capitalista e o mal-estar na cultura. In: COLÓQUIO ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2000, Paris. *Anais...* Paris, 2000. Disponível em: <<https://bit.ly/2MTcqbe>>. Acesso em: 30 out. 2016.

ALMEIDA, R. C. A. Psicanalista: profissão impossível. *Psicanálise & Barroco em Revista*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 89-116, 2009.

ALVARENGA, J. M. et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015.

BRUNETTO, A. Mal-estar e segregação religiosa. *Diálogos: Boletim do Ágora Instituto Lacaniano*, Campo Grande, n. 3, p. 12-16, jul. 2010.

CARVALHO, F. Z. F. *O sujeito no discurso*: Pechêux e Lacan. 2008. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

COSTA, A.; POLI, M. C. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, n. 188, p. 14-21, 2006.

FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria (1893-1895). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 2, p. 253-294.

FREUD, S. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 23, p. 225-276.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007.

KAPLAN, H. I. et al. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LACAN, J. Du discours psychanalytique (1972). In: CONTRI, G. B. (Dir.). *Lacan in Italia 1972-1978*: en Italie Lacan. Milan: La Salamandra, 1978. p. 32-55.

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

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo (1960). In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 793-842.

LACAN, J. *O seminário, livro 20*: mais, ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (Org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p. 32-43.

MARX, K. *O capital*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. t. 1. v. 1.

MEHDI, T. Benzodiazepines revisited. *British Journal of Medical Practitioners*, Elstow, v. 5, n. 1, p. a501, 2012.

MENDONCA, R. T. et al. Medicinalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, 2008.

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. *Saúde & Ciência em Ação*, Goiânia, v. 3, n. 1, p. 71-82, 2016.

OLIVEIRA, E. N. et al. Consumo de psicotrópicos por mulheres: terapia ou iatrogenia. *Essentia*, Sobral, v. 13, n. 1, p. 25-38, 2011.

PLATÃO. *Diálogos*. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Belém: Editora UFPA, 2003.

QUINET, A. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. In: VIANA, N. (Org.). *Psicanálise, capitalismo e cotidiano*. Goiânia: Germinal, 2002. p. 31-38.

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

SILVEIRA, L. C.; MARTINS, I. C.; RODRIGUES, Z. R. Women's benzodiazepine abuse: a psychoanalytic approach. In: KHANLOU, N.; PILKINGTON, B. (Ed.). *Women's mental health: resistance and resilience in community and society*. New York: Springer. 2015. p. 129-143.

SOLER, C. O discurso capitalista. *Stylus*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 55-68, 2011.

SOUZA, A. R. L. et al. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131-1140, 2013.

TEIXEIRA, M. *Análise de discurso e psicanálise: elementos para uma abordagem do sentido no discurso*. 2. ed. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2005.

VESCOVI, R. G. L. et al. Usuários poliqueixosos: representações sociais construídas por médicos da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 71-82, 2015.

ŽIŽEK, S. Como Marx inventou o sintoma. In: ŽIŽEK, S. (Org.). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 297-331.

Contribuição dos autores

Silveira concebeu e coordenou a pesquisa. Carrilho coletou os dados dos profissionais de saúde. Almeida coleta os dados das usuárias de benzodiazepínicos. Todas as autoras foram responsáveis pela redação do texto.

Recebido: 31/10/2018

Aprovado: 28/11/2018