

## A SUBJETIVIDADE E O PSICOFÁRMACO

Cláudia Cristina Antonelli <sup>1</sup>  
Mário Eduardo Costa Pereira <sup>2</sup>  
João Ernesto de Carvalho <sup>3</sup>

### RESUMO

Este estudo teórico pretende, enquanto breve narrativa temática acerca de subjetividade e psicofármaco, abordar de forma crítica a escolha psicofarmacológica. Este tema, que inquieta a muitos há algum tempo, encontra-se em estado agudo: os números atuais são ainda mais alarmantes que antes e seguem crescendo. O fenômeno atualmente chamado de pharmaceuticalização (ou farmacologização) – ou seja, a escolha por um fármaco em detrimento de outras opções não farmacológicas – incide diretamente sobre o consumo psicofarmacológico. Abordaremos o tema com ênfase sobre a subjetividade que busca o medicamento, até mesmo em uma vertente supostamente preventiva, para se evitar a dor psíquica e, em algumas vezes, o trabalho psíquico. Há uma subjetividade não-medicável, que parece se encontrar negada neste estado de coisas.

**Palavras-chave:** Psicofármaco. Subjetividade. Pharmaceuticalização. Psicanálise.

---

<sup>1</sup>Psicóloga e Psicanalista, doutoranda na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Endereço eletrônico: claudia.antonelli@gmail.com.

<sup>2</sup>Professor titular e livre-docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

<sup>3</sup>Professor titular e Livre docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

## **SUBJECTIVITY AND THE PSYCHOTROPIC DRUG**

### **ABSTRACT**

This theoretical study intends to, as a brief thematic narrative on subjectivity in relation to psychotropic drugs, discuss critically this state of affairs that is the use of psychopharmacological drugs. This subject, long and vastly researched, is in an acute state: the current figures are even more alarming than before. The phenomenon currently called pharmaceuticalization - that is, the choice of a drug instead of a non-pharmacological option - has a direct impact on psychopharmacological consumption. We will approach the theme with emphasis on the subjectivity that seeks medication, even in a supposedly preventive way, to avoid psychic pain and, sometimes, psychic work. There is a subjectivity not passive to medication that seems to be denied in this state of affairs.

**Keywords:** Psychopharmacology. Subjectivity. Pharmaceuticalization. Psychoanalysis.

## **LA SUBJETIVIDAD Y LOS PSICOFÁRMACOS**

### **RESUMEN**

Este estudio teórico pretende, como una breve narrativa temática sobre la subjetividad en relación a los psicofármacos, discutir de forma crítica este estado de cosas que es el uso psicofarmacológico. Este tema, que preocupa a muchos desde hace tiempo, se encuentra en un estado agudo: las cifras actuales son aún más alarmantes. El fenómeno conocido actualmente como farmaceuticalización – es decir, la elección de un fármaco frente a otras opciones no farmacológicas - tiene un impacto directo en el consumo de psicofármacos. Abordaremos el tema haciendo hincapié sobre la subjetividad que busca la medicación, incluso en un aspecto supuestamente preventivo, para evitar el dolor psíquico y a veces el trabajo psíquico. Hay una subjetividad no medicable que parece negarse en este estado de cosas.

**Palabras-clave:** Psicofarmacología. Subjetividad. Farmaceuticalización. Psicoanálisis.

## INTRODUÇÃO

O questionamento acerca da circulação do medicamento psicotrópico e seus desdobramentos (prescrição, números de venda, uso), quer sejam positivos, negativos ou de diferentes qualidades, vem sendo debatido intensamente por diversos autores (CARPENTER *et al.*, 1977; HEALY *et al.*, 2001; TORREY, 2001; BOLA e MOSHER, 2003; FAVA, 2003; MATHEWS *et al.*, 2003; WHITAKER, 2005; CIRANNI e KEARNEY, 2009; HORWITZ e WAKEFIELD, 2010; GÖTZSCHE, 2015, entre outros), cuja parte significativa parece unânime: “O desenvolvimento da psicofarmacologia é um dos fatos mais marcantes da modernidade” (BOGOCHVOL, 2001, p. 35).

A moderna psicofarmacologia é feita sobretudo de medicamentos antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores do humor e antiepilépticos, distribuídos em vários grupamentos químicos e protótipos. Contudo, tão marcante quanto o surgimento da psicofarmacologia desde a segunda metade do século XX, é o crescimento da venda dos psicofármacos, desde então<sup>4</sup>.

O aumento dos números relativos tanto aos diagnósticos quanto ao consumo de medicação psicoativa demonstra advir de uma engrenagem complexa de diversos fatores, dentre os quais podem ser citados:

- os fenômenos da medicalização e, mais atualmente, o da farmacêuticalização (MENEU, 2018), que significa a preferência por um tratamento medicamentoso em lugar de outro;

- o investimento maciço da indústria farmacêutica por via da propaganda direta ou indireta ao consumidor (ABRAHAM, 2010; HORWITZ e WAKEFIELD, 2010) e de patrocínios aos médicos (FRANCES, 2016);

- o aumento e alargamento dos diagnósticos pelos manuais, em especial o DSM, atualmente em sua quinta edição (WHITAKER, 2005; WHITAKER e GROSGOVE, 2015; GONÇALVES, 2007; CLARKE *et al.*, 2010);

- o aumento da automedicação<sup>5</sup>;

- o aumento da medicação prescrita por profissionais não oriundos da saúde mental; Segundo dados esta seria a maior parcela, em detrimento dos profissionais da psiquiatria, cujo número seria em torno, nada menos, de 90% (COURA, 2001; GÖTZSCHE, 2015).

- o uso de psicotrópicos para fins *off-label* – *uso* definido como distinto daquele veiculado em sua bula e autorizado pelos órgãos reguladores<sup>6</sup>;

---

<sup>4</sup> Para citar alguns dados: entre os anos de 1988 e 2008, o uso de antidepressivos no mundo teria quase duplicado (FRANCES, 2010). Nos Estados Unidos, a venda de antidepressivos do tipo inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS), teriam passado de 7,9 milhões em 1996 para 15,4 milhões em 2001 – quase dobrado em cinco anos (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010); enquanto é especialmente notável neste período o uso crescente por crianças, adolescentes e idosos, para os quais os índices de prescrição teriam aumentado entre 200 e 300% durante a década de 1990 (p. 218). No Brasil, entre 2005 e 2009, a venda de antidepressivos teria crescido em 44,8%, segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com Wagner (2015). Todos os números considerados, na mais recente publicação da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2019), o Brasil se encontra enquanto o primeiro país em número de casos diagnosticados por depressão dentre os países de baixa renda. Porém, estima-se que 50% do consumo de psicotrópicos do mundo todo concentre-se nos EUA (FRANCES, 2010).

- a vigente psiquiatria dita biologista, cujas hipóteses predominantes para a causa do sofrimento psíquico se encontraria no corpo – nas conexões neuronais e no sistema nervoso central, o que reivindicaria intervenção química para seu tratamento;

- por fim, um indivíduo ávido por um medicamento (JENKINS, 2011; BALLANTYNE e RYAN, 2021).

Neste vasto e, ao mesmo tempo, específico campo onde se encontram disciplinas bastante distintas para os cuidados do sofrimento mental/psíquico (como a psiquiatria, a psicopatologia clínica, a psicologia, a psicanálise ou a psicofarmacologia), o olhar aqui, verter-se-á, sobretudo, sobre o sujeito, inserido neste contexto complexo: entre seu *self* e a farmaceticalização.

Entende-se que a observação da quantidade alarmante, crescente e muitas vezes ineficaz do uso do psicotrópico não basta: as razões são igualmente essenciais. Não na explicação médica biorreferenciada, mas na investigação acerca do particular, do subjetivo. Uma vez que o uso é individual e cada um terá sua própria lógica – consciente, inconsciente e também permeada pelo imaginário contemporâneo compartilhado – que o move a esta escolha.

Este sujeito aqui é tanto o chamado paciente quanto o médico, ambos permeados pelo atual mundo das *technés* – curas ou tratamentos –, dentre eles o psicofármaco para o alívio e, em certos casos, eliminação e ainda, em outra vertente, a tentativa de *prevenção* da dor psíquica.

Enfatizamos, por fim desta introdução, que nos referirmos a situações em que o medicamento psicotrópico é uma opção eletiva, uma fonte de dados indica que apenas 2% da medicação psiquiátrica atual seria de fato adequada, 98% sendo excesso (WHITAKER, 2005).

De nosso ângulo, é este um dos espelhos do espírito deste tempo, sobre o qual nos deteremos pontualmente em cinco tópicos: 1) prótese psicofarmacológica em lugar do subjetivo; 2) o medicamento e a subjetividade; 3) o *self* psicofarmacológico; 4) a psicanálise e a psicofarmacologia: o efeito fármaco da palavra e, por fim, 5) a mente em sua porção não medicável: problema e solução.

## 1 A PRÓTESE PSICOFARMACOLÓGICA EM LUGAR DO SUBJETIVO

*Em atendimento psicanalítico, pergunto à jovem de 18 anos: “Por que você consome antidepressivos?”.*

*“Porque minha avó toma, minha mãe toma, eu tomo”, é sua resposta.<sup>7</sup>*

---

<sup>5</sup> Conforme Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – <https://ictq.com.br/> Acesso em 08 de fevereiro de 2022.

<sup>6</sup> No Brasil este órgão é a ANVISA.

Esta passagem parece ilustrar, em alguma medida, o atual paradigma que inclui alguma parte de todos os campos da Saúde Mental mencionados no início deste capítulo.

Neste modelo, a parte excluída passa a ser a própria subjetividade: seus afetos, mundo de relações familiares, escolares, sociais; quem ele é, como se insere em cada um destes *loci* humanos; o todo é tomado pela parte que é reducionista e, postulamos, também *desubjetivante*: como se ela – sujeito – não tivesse relação alguma, supostamente, com o que se foi estabelecendo *dentro de sua casa*: inclusive, sua própria mente (mundo subjetivo).

Assim, estamos falando em negações de uma realidade vastamente maior, para além do funcionamento biológico/bioquímico. Como ocorre frequentemente na transformação da tristeza e do luto, de seus amplos espectros, em diagnósticos de transtornos depressivos, restringindo a gama de emoções e afetos e expandindo a ideia de patologia a cada vez mais áreas da existência humana (medicalização) necessitando, na maioria das vezes, de um tratamento psicofarmacológico (farmaceuticalização)<sup>8</sup>.

O sujeito tido como estritamente biológico, além de colocado em uma cisão de contextos, encontramo-lo em uma cisão de si mesmo. Aguirre (*apud* MAGALHÃES, 2001) nomeia assim a prótese simbólica: como um falso *self*, tradicional conceito de Winnicott, psiquiatra e psicanalista britânico (1896-1971). Para este autor, a referência de um verdadeiro *self* envolveria um sentido de realidade, de conexão do sujeito consigo mesmo e com o mundo, de forma suficiente e criativa. Neste sentido, a partir de si mesmo e de suas relações – estatuto que não é dado, mas quando bem, construído e alcançado.

Pode-se aceitar que os antidepressivos proporcionam alívio à desesperança encontrada na vivência de pacientes tratados por depressão e que, por consequência, internações são e foram evitadas. Porém, existe um tema mais controverso ou mais ainda complexo e preocupante com relação ao uso de medicamentos para lidar com emoções dolorosas que poderiam, contudo, ser consideradas normais (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010). O medicamento carregaria implícita a oferta de algo a mais ao sujeito, algo que ele não teria e que, por isto, funcionaria como uma espécie de prótese psíquica: algo que trataria sua dor psíquica, de maneira de que ele, não consegue. Desta forma, atravessamos uma era em que a medicação pode ser usada para aprimorar o funcionamento da mente normal, a qual de fato envolve dor psíquica.

Em uma linha de pensamento vigente, defende-se que transtornos moderados devem ser tratados com o mesmo vigor que os mais graves, não somente para evitar uma proporção considerável de casos graves no futuro (o que é questionável, pois não se sabe como o indivíduo lidará com o sofrimento *no futuro*, dando-lhe a oportunidade); como também para evitar consequências como a hospitalização, a incapacitação para o trabalho e tentativas de suicídio. Por outra – para citarmos somente duas – toda esta manobra de *evitação* evitaria, por fim, que o próprio sujeito desenvolvesse recursos psíquicos – incluindo a possibilidade de expandi-los.

Parte da medicalização funciona de modo que os medicamentos devam ser usados para qualquer forma de sofrimento, quer seja considerado patológico na ordem do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), ou da dor normal intrínseca aos

fatos da vida. A dor que surgiria por exemplo, pela morte de um ente querido; de um fim de relacionamento; pelas perdas, interrupções, mudanças intrínsecas à vida. Nesta linha de atuação, não haveria razão – ou um bom motivo – para que as pessoas devessem tolerar a dor psíquica da tristeza normal, quando existem meios de aliviá-la (HORWITZ e WAKEFIELD, 2010).

O custo, constatamos, aponta ser que a tolerância às emoções normais – ainda que dolorosas – diminuiu de maneira geral, enquanto estes mesmos sujeitos passariam a valorizar a medicação como meio para controlá-las, aliviá-las, conseqüentemente esquivando-se de outras maneiras de abordá-las pois, como considera Nazar (2003, p. 99): “Sabemos que o colocar-se em questionamento é a abertura inicial para que se estabeleça uma cura”.

## 2 O MEDICAMENTO E A SUBJETIVIDADE

*Nunca nos é dado pelo próprio Manual (DSM), para desespero de parentes e cuidadores, até onde vai o transtorno e onde começa “a vida real”, de responsabilidade do sujeito (DUNKER, 2014).*

Herzberg (2010) descreve como na virada do século XXI (1999-2000) uma gigante da indústria farmacêutica anuncia um novo medicamento ansiolítico<sup>9</sup>. “*Para que você veja alguém que você não vê há algum tempo: você mesmo.*” Complementando adiante: “Sua vida o aguarda” (p. 1, grifos nossos).

Nesta comunicação, o que se encontra implicitamente veiculada é a ideia de que, sem o medicamento, o sujeito não seria ele mesmo. De outra maneira, a própria subjetividade estaria dependente de uma ação química, provida pelo medicamento. Complementado por um (implícito): corrija o desequilíbrio químico que é o causador de seu distúrbio.

Não são raros os pacientes medicados com antidepressivos por muito tempo afirmarem, “*Não sei mais quem eu sou*” ou, “*Estou me sentindo bem, mas... este não sou eu*”<sup>10</sup>.

González Rey (2003), grande estudioso dos processos de subjetivação, afirma: não há subjetividade *desubjetivada*. Propomos, no entanto, em consonância com outros autores (CAPONI, 2010; ABRAHAM, 2010 e ALMEIDA, 2014), a problemática de alterações desta subjetividade, uma vez que passa a ser remodelada em alguma medida pelo medicamento.

O privilégio deste objeto advém de quatro fatores: a performance psíquica propiciada, os fluxos financeiros, o deslocamento dos saberes da saúde e a *configuração maquínica da subjetividade*. (...) Entre os efeitos dos modos de subjetivação contemporâneos está o fim do conflito interno ao indivíduo e o fim da experiência da interioridade psicológica (ALMEIDA, 2014, p. 56, grifos nossos).

Fédida (1998) destaca a noção de processo, em grande medida perdida, na clínica dos sujeitos excessivamente (quer por tempo ou posologia) medicados. Diz o autor, “Já não há mais necessidade de acrescentar que a eficácia neurofarmacológica não necessita de forma

<sup>7</sup> Fontes próprias dos autores.

nenhuma regular-se por uma *clínica* dos processos – sendo sua clínica, a da intervenção imediata” (FÉDIDA, 1998, p. 32).

O autor articula ainda, em desdobramento de sua visão de processo, a noção de tempo das doenças. A intervenção imediata sobre os sintomas age, necessariamente, sobre o tempo de algo que está *em processo*. Diz-nos ele:

A ambigüidade do *pharmakon*(...) o designa não simplesmente pelos polos opostos de remédio e veneno, mas dá-lhe uma sutil variação de valor conforme as condições nas quais se impõe. É assim que o uso do remédio, (...) sob a forma de drogas depurativas é, com justiça, solicitado por estados do corpo cansado ou sobrecarregado. Mas preferir estas drogas por facilidade ou preguiça e sem respeitar a ‘composição da doença que parece (...) de natureza viva’, não seria correr o risco de que a droga irrite o vivo interrompendo a doença antes de seu fim natural? (FÉDIDA, 1998, p. 37)

Bollas (2013), psicanalista contemporâneo, avalia que a experiência medicada, mas não atribuída de sentido pelo sujeito – através de um processo via palavra – produziria em si o que o autor nomeou de *brokenselves*.<sup>11</sup> Ainda, mesmo que a medicação psicotrópica possa ajudar a aliviar a situação imediata, a ingestão exclusiva destes medicamentos negaria o sentido ao que lhe ocorre (ao sujeito), *de*-formando sua subjetividade de maneira decisiva (BOLLAS, 2013, p. 18).

### 3 SELF PSICOFARMACOLÓGICO<sup>12</sup>

Em Jenkins (2011) descobrimos a proposta de uma compreensão do atual fenômeno da farmacêuticalização em sua vertente subjetiva: o consumidor do medicamento que não passivamente o consome, mas, dirá a autora, o busca – o que denominou de *pharmaceutical self* (*self* farmacológico, em nossa tradução) e de *psychopharmaceutical self* (*self* psicofarmacológico, também em nossa tradução), designa a esfera subjetiva específica voltada para o psicofármaco.

O *pharmaceutical self* se define, diz-nos Jenkins (2011), como a dimensão do sujeito contemporâneo que se orienta por e para os medicamentos farmacêuticos, nascendo de uma compreensão em relação a esse sujeito diante de mercados regulatórios de sua subjetividade apresentada como deficiente, excessiva e desejosa (JENKINS, 2011, p. 3), passível, portanto, de ser regulada.

Seu conceito de *self* farmacêutico é construído a partir da pergunta:

---

<sup>8</sup> Enquanto a depressão em todo o mundo atinge o nível de epidemia, “uma das principais causas de incapacitação e um dos principais contribuintes para a carga global de doenças” (OMS, 2022).

Como são/estão constituídos culturalmente estes sujeitos transformados pela ingestão regular das drogas psiquiátricas, quer seja por razões terapêuticas, não terapêuticas ou recreacionais, quer seja para aliviar o sofrimento ou aumentar a performance; quer seja dormindo ou acordado? Em que medida isto ocorre, dentro de uma escala nunca antes conhecida? (JENKINS, 2011, p. 4)

Em uma dupla vertente, a autora conceitualiza o *self* farmacêutico concomitante ao que descreveu como imaginário farmacêutico (*pharmaceuticalimaginary*, cf. JENKINS, 2011), enquanto dimensões interdependentes desta relação sujeito-cultura orientadas para potenciais ou possibilidades da vida humana, que estariam reciprocamente ligados e centrais nas subjetividades contemporâneas, atuantes diante da atual psiquiatria vigente, majoritariamente biológica (JENKINS, 2011, p. 23). Neste sentido, o *self* contemporâneo cada vez mais implicaria não somente estar orientado para o medicamento, mas também produzido e regulado por ele.

Neste questionamento, destaca-se o impacto na atual subjetividade da afirmação/crença: *eu tenho um desequilíbrio bioquímico*, reiterando os interesses da defesa ao desequilíbrio químico da psicofarmacologia, assim como do discurso popular, pautado pelo que a autora descreve como imaginário farmacêutico: de forma sumária, cada sujeito enquanto membro de uma comunidade acessaria seu imaginário farmacêutico – ou seja, a busca da cura pelo fármaco – e, em busca e uso do medicamento, estaria seu *self* farmacêutico em sua relação com o mundo e consigo mesmo, ambos, faces de uma mesma dinâmica (JENKINS, 2011, p. 37). Culminando, por fim, no que Ballantyne e Ryan (2021) conceituaram de *pharmaceutical life*<sup>13</sup>.

No seio desses conceitos, encontramos a peculiar dimensão vivida por esses *selves*, qual seja: a intervenção química, sem processo subjetivo. O que significa a eliminação (em alguma medida) dos sintomas – ansiedades, depressões, oscilações de humor – sem movimento subjetivo e, menos ainda, transformação subjetiva que pudesse levar a melhoras de fato.

Desta maneira, encontramos um indivíduo muitas vezes alienado de seu próprio mundo subjetivo – questões, conflitos, palavras – bastante desconhecido de si mesmo. Diz-nos Kehl (2009, p. 220):

Acrescente-se ao fatalismo o empobrecimento da vida psíquica resultante dessa operação. A “cura” da depressão deveria custar o achatamento da subjetividade? Mas esse resultado não é parecido demais com a própria depressão? Não estaríamos assistindo, como bem observa Daniel Delouya, a uma tentativa de eliminação medicamentosa da dimensão propriamente psíquica, resultado de um “conluio entre a descrição psiquiátrica e a própria queixa do deprimido”?

---

<sup>9</sup> Paxil™ – da classe dos ISRS, cujo princípio ativo é cloridrato de paroxetina.

<sup>10</sup> Fontes próprias dos autores.

A farmacêuticação, neste sentido, parece surgir no cume de uma longa e crônica história de processos de renegação de áreas deste subjetivo, dimensões de seu *self*, que se voltavam antes a outras soluções, parecem voltar-se agora ao medicamento. Sem sua dor ou desconforto psíquicos, minimizando assim – por vezes aniquilando – algo do que lhe é próprio e passível de compreensão, elaboração, transformação e subjetivação, dado o devido lugar e tempo.

#### 4 PSICANÁLISE E PSICOFARMACOLOGIA: O EFEITO FÁRMACO DA PALAVRA

Fédida (1998) propõe-nos pensar os desdobramentos do tratamento psíquico pelo químico. Tentativamente elucidando, desta maneira, o (tratamento) psíquico pelo próprio psíquico. Ou seja, revelar as condições segundo as quais a fala, como um *pharmakon*, diz o autor, propicia para si os meios de interiorizar uma ação medicamentosa.

Ele, em si [o *pharmakon*], não significa o remédio ou o veneno, mas sua bi-valência, sempre móvel, também exige uma qualificação do que faz com que seja assim no uso, por sua *semelhança com o psíquico*. Em outras palavras, é perfeitamente concebível pensar o psíquico por meio do paradigma do *pharmakon* e vice-versa (FÉDIDA, 1998, p. 39).

Os eixos sustentadores do circuito medicamentoso das afecções da mente (cf. Introdução) seriam castelos na areia, não houvesse um indivíduo que pusesse em sua boca, um comprimido. Em uma analogia alegórica aos super-heróis: Homem-Morcego, Homem-Formiga, Homem-Aranha, Homem de Ferro, surge o Homem-Comprimido: aquele que lança mão de psicofármacos para comprimir seu sofrimento (OLIVEIRA, 2012):

Intervenções medicamentosas passaram a calar os pacientes não levando em conta a singularidade de sua experiência (...). O homem de fala ‘comprimida’ assume o estatuto de Homem-Comprimido: se não pode falar, torna-se objeto, tanto de um saber que vem do Outro quanto de intervenções químicas. **O homem se tornou comprimido em seu corpo, desvinculado de suas relações, de sua história e de suas escolhas na constituição de seu sofrimento.** Foi levado a acreditar (e acredita!) que os problemas da vida, as relações que estabelece com as pessoas e os incômodos próprios da humanidade são inerentes a ele mesmo; transtornos geneticamente determinados que podem ser resolvidos pela ingestão de comprimidos (OLIVEIRA, 2012, p. 14).

---

<sup>11</sup> Sujeitos quebrados ou quebradiços, em livre tradução (o conceito não foi traduzido para o português).

<sup>12</sup> Livre tradução do conceito de Jenkins (2011), pharmaceutical self, ainda não vertido para o português.

<sup>13</sup> Vida farmacológica/farmacêutica, em livre tradução.

Neste caso, diante deste cenário e desta *personagem* representante do homem contemporâneo, questionamos com o autor: o que pode a psicanálise diante desta farmacologização? O que pode a psicanálise diante do *homem comprimido*?

O que nos faz lembrar que o fármaco, para a psicanálise, não é considerado apenas em sua potencialidade farmacocinética, mas antes, como objeto libidinal. Enquanto a psiquiatria, com bases biológicas e algumas outras práticas terapêuticas, visa a atuar sobre sintomas e doenças utilizando-se dos fármacos, “para a psicanálise o objetivo é desvendar as razões pelas quais a droga passa a ocupar um lugar proeminente na economia pulsional do sujeito” (SANTIAGO, 2001, p. 30).

Se a medicina biológica lê o medicamento em seus efeitos químicos e farmacodinâmicos, a psicanálise escuta o uso dos fármacos como um possível modo de gozo<sup>2</sup> do sujeito contemporâneo. Em outras palavras, uma maneira de gozar no seu corpo pelos medicamentos (LAURENT, 2002), gozo apoiado pelo circuito que o cerca e sustenta em sua escolha. Ou seja: pelas terapêuticas oriundas da leitura da medicina biológica e dos manuais de classificação diagnóstica; pelo sistema de saúde que opera fundamentalmente a partir de um diagnóstico classificado por este mesmo manual; por uma indústria farmacêutica que investe incansavelmente sobre seu produto e a expansão de suas vendas. Neste circuito solidamente sustentado, no desfrute deste fármaco, o sujeito *goza*.

Reiteramos que nos referimos aos psicotrópicos de uso em alguma medida eletivo, não nos referimos ao psicotrópico necessário para a contenção da crise, da dor psíquica extrema e incapacitante.

A psicanálise, agindo individualmente e sem manual, entende que há uma escolha de cada um a favor do uso do psicofármaco ainda que, muitas vezes, inserida em uma dinâmica inconsciente. Esta, por sua vez, constitui não somente a expressão de uma ação química entre substância e corpo, mas um alinhamento com o sintoma que resiste (OLIVEIRA, 2012) e insiste. “O medicamento permitiu ao homem-comprimido experimentar um gozo desconhecido por ele mesmo.” (OLIVEIRA, 2012, p. 18). Uma escolha que pode implicar em dependência – assim como com qualquer outra droga.

Porém, ao contrário do aforismo frequentemente encontrado no senso comum de que *a psicanálise é contra o uso de medicamentos*, é justamente a partir do gozo proporcionado

---

<sup>14</sup> “O gozo não é apenas sinônimo de prazer, mas é sustentado por uma identificação e articulado com as ideias de repetição. A fase de desenvolvimento na qual a criança satisfaz suas necessidades nutricionais através da sucção do seio é repensada por Lacan no fim da década de 1950. Elaborando a distinção entre necessidade, demanda e desejo, Lacan observa que é o outro, a mãe ou seu substituto, que confere um sentido à necessidade orgânica, expressa sem nenhuma intencionalidade pelo lactente. (...) A satisfação obtida pela resposta à necessidade induz à repetição do processo, escorado no investimento pulsional: a necessidade se transforma em demanda, sem que, no entanto, o gozo inicial, o da passagem da sucção para o chuchar, possa ser resgatado. O Outro imaginário permanece inatingível, barrado pela demanda que se tornou imaginária. (...) Esse movimento ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro é causa de sofrimento; mas tal sofrimento nunca erradica por completo a busca de gozo. **Para Lacan o gozo se sustenta pela obediência do sujeito a uma ordem – qualquer que seja sua forma e seu conteúdo – que o conduz, abandonando o que acontece com seu desejo, a se destruir na submissão ao Outro**”. (ROUDINESCO, 1998, p. 299-301, grifos nossos).

pelo fármaco que Nogueira e Durval (2009) propõem “a convergência entre a medicação e o ato analítico”. Alertando que “convergência não é o mesmo que 0,5 de análise + 0,5 de medicação = 1 tratamento total” (NOGUEIRA e DURVAL, 2009, p. 136). A leitura seria por outro viés. Ou seja, a medicação pode vir a favor, desde que mantenha a angústia do sujeito passível de seu pensamento; desde que esse sujeito queira pensar sobre seu sintoma e sobre a possibilidade de compreender o lugar e função do psicofármaco em sua própria economia afetiva.

Há distinções importantes – das quais o sujeito medicado nem sempre tem ciência. Enquanto para a psicanálise (uma vez que terapêutica não-medicamentosa) o medicamento pode ser lido como possibilidade de regulação de seu próprio gozo e de sua relação com o mundo. Ainda, enquanto o tratamento psiquiátrico visa, em alguma medida, a uma norma pautada e generalizante – baseada no comportamento visível e social segundo seus parâmetros diagnósticos gerais –, a psicanálise rege-se por uma ética que atua de maneira oposta, fundando-se na singularidade da relação do sujeito com seu desejo, muitas vezes interrompido ou calado. Ou seja, o próprio sintoma sendo parte importante desses processos.

Considerar o caso único permite a *descompressão* do chamado homem-comprimido da massificação e generalização imposta pelos referenciais diagnósticos e globalizados. Na linha desta compreensão, os medicamentos podem ser úteis em um tratamento, não pela *cura* das angústias e depressões – ainda que no apaziguamento de seus sintomas excessivos, na medida em que possibilitam ao sujeito poder falar (OLIVEIRA, 2012). A fala, a matéria com a qual o analista trabalha, e por meio dela que o sujeito *comprimido* poderá se *descomprimir*, também da compressão imposta pelos diagnósticos, rótulos e pelos determinismos biológicos, compõem o saber clínico prevalente atual.

Metodologicamente, o psicanalista considera *o saber* sobre si como inconsciente. Não é o saber da razão, dos livros ou manuais, mas um saber próprio, que o sujeito desconhece, visto que é inconsciente. Neste caso, ensina-nos Lacan (1979), o paciente *não sabe que sabe*. Enquanto, nesta brecha, a ciência tenta tamponar a partir de um saber constantemente insistido e marcado pela insuportabilidade do *não saber* – a ciência quer explicar sobre este sujeito que, no fundo, ela *muito* desconhece.

Em um recente vídeo veiculado por neurobiologistas e psiquiatras da Universidade de Yale<sup>3</sup>, a profissional assim conclui: “Estamos em uma nova era da psiquiatria (...) de uma compreensão mais abrangente do cérebro, enquanto um órgão neuroquímico complexo.” Perguntamo-nos: e do sujeito? Fala-se de um cérebro que aparenta ser *autônomo*, desvinculado de um sujeito humano, como um órgão à parte, independente, isolado de uma pessoa.

Há algo no sujeito que o comprimido não curará; algo ao sujeito que o comprimido não levará. Vez após vez, após meses, semanas, anos – que o comprimido (ou outra tecnologia em seu lugar daqui a pouco tempo) não aportará. Algo sempre *falhou* – faltou – no sujeito humano; sempre falhará, faltarão. Neste sentido, as soluções serão sempre insuficientes. Mas

---

<sup>15</sup> How Depression Affects the Brain > News > Yale Medicine Acessado em 27 de junho de 2021.

<sup>16</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

é dessa falta que poderá advir algo que ainda não existe. Ainda que se tente sempre, o próprio sujeito, obliterá-la.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: A MENTE EM SUA PORÇÃO NÃO-MEDICÁVEL – PROBLEMA E SOLUÇÃO

Parece-nos imprescindível a constatação de que uma parcela considerável do psíquico humano em sua natureza subjetiva, não seria medicável. O número de fármacos vendidos aumenta a cada ano, os diagnósticos aumentam, o sofrimento psíquico não diminui – como pelos marcadores dos estados depressivos.<sup>16</sup>

Pode-se tentar delegar esta parte não passível ao outro – ao fármaco, ao médico, ao sistema de saúde mas, este outro nada ou pouco poderá fazer enquanto algo do sujeito se perde dele próprio. Reiteramos, não nos referimos a situações em que o fármaco possa fazer-se necessário, como nos conhecidos casos da necessidade de contenção, ou antagonista para depressões severas, entre outros. Porém, apontamos para uma parcela deste psíquico, da *própria doença* conforme postulado por Fédida (1998), que estaria necessariamente junto da própria saúde, em seus processos subjetivos de cada um, qualquer que a hipótese e *causa*, frequentemente delegada/renegada pelo indivíduo, em prol de uma explicação pífia que sustentaria sua dor.

A sociedade – medicina e paciente – seguirá girando em falso ao tentar atribuir o sofrimento psíquico exclusivamente ora ao desbalanço químico cerebral, ora a fatores neurológicos que serão *futuramente conhecidos*. A suposta *falha psíquica humana* – falta, excesso, ou desequilíbrio – circunscrevem-se no humano, cuja porção considerável – ou seja, excetuando-se os sintomas – não é, em sua natureza, medicável.

Em consequência, na falta de uma apropriação do próprio sujeito de si, alguém – instituição, modelo, ordem – apropriarse-á e, como tem sido desde certo momento, lucrará. Esta última consequência parece ser importante na medida em que revela a pouca possibilidade de que esse modelo se reverta atualmente. Uma vez que há uma mente que não se cura pelo psicofármaco, o que também não parece ser de importância para o atual modelo, uma vez que é justamente esta não-cura o que mantém este estado perpétuo de coisas: a busca pela cura sendo a busca pelo psicofármaco que conserte é, por fim, conveniente, visto que é autossustentável.

Far-se-ia necessária a reapropriação e reconhecimento deste psíquico da mente. Sendo que talvez o mais importante eixo deste circuito seja aquele ocupado pelo próprio sujeito: por cada indivíduo medicado. Há que haver o desejo de se descomprimir ou, ao menos, de ser acompanhado em um processo de *descompressão*.

Remetendo-nos aos mitos por um breve instante, Édipo busca a esfinge para obter uma resposta sobre si – mas ele não sabe que é sobre si, pensa que a buscou para resolver um mistério que acomete a cidade de Tebas. Ao encontrar a esfinge, esta lança-lhe um enigma: *decifra-me ou devoro-te*. Em realidade, a esfinge o ajuda nesse desafio de decifrar-se a si mesmo, ao seu próprio mito e enigma. É o que ele faz então, em um processo de busca,

descoberta, tragédia, transformação (e cura?), por mais dolorido que tenha sido, ao descobrir sua verdade.

Ora a ida à farmácia com um receituário à mão – a suposta solução – oblitera em alguma proporção importante o sujeito de si mesmo. Como se a esfinge respondesse a Édipo, sobre ele o que ela não sabe – como também faziam alguns oráculos da época e da nossa. Com a intervenção medicamentosa proporcionada pela medicina biológica da mente, o corpo se tornou objeto de prevenção, cálculo e manipulação – e, em certo grau, de desobjetivação.

É de se esperar que, em um futuro não muito distante, poderá ser percebido que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental (FREUD, 1917).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, J. *Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions*. *Sociology*, v. 44, n. 4, pp. 603–622, 2010.

ALMEIDA, B. V. *Clínica, produção de subjetividade e biotecnologias*. III Colóquio Internacional NEPC/IEAT Biotecnologias e Regulações: Desafios Contemporâneos, cap. 4., 2014. pp. 49-65.

BALLANTYNE, P.J. e RYAN, K. (edit.). *Living Pharmaceutical Lives*, UK and New York: Routledge, 2021.

BOLLAS, C. *Catch them before they fall – the Psychoanalysis of Breakdown*, UK e New York: Routledge, 2013.

BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. In: Magalhães, M.C.R. (org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.

BOLA, J. e MOSHER, L. *Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria project*, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 219-229, 2003.

CAPONI, S. *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010.

CARPENTER, W. et al. *The Treatment of Acute Schizophrenia without Drugs: an Investigation of Some Current Assumption*. *American Journal of Psychiatry*, 134, p. 14-20, 1977.

CIRANNI, M.A. e KEARNEY, T.E. *Comparing Acute Toxicity of First and Second Generation Antipsychotic Drugs: a 10-year Retrospective Cohort Study*, *J Clin Psychiatry*, Physicians Postgraduates Press, Inc., 70 (1), p. 122-129, 2009.

- CLARKE A. et al. *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Durham: Duke University Press; 2010.
- COURA, R. Psicofarmacologia e Psicanálise. In: MAGALHÃES, M. C. R. (org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.
- DUNKER, C. I. L. Questões entre a Psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47 (87), 79-107, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352014000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000200006) Acesso em 18 de novembro de 2021.
- FAVA, G. *Can Long-Term Treatment with Antidepressant Drugs Worsen the Course of Depression?* *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 123-133, 2003.
- FÉDIDA, P. A fala e o pharmakon. Tradução de Monica Seincman. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.1 n.1 São Paulo, jan./mar., 1998.
- Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141998001003> Acesso em 12 de outubro de 2019.
- FRANCES, A. *Opening Pandora's Box: the 19 Worst Suggestions for the DSM5*. *Rev. Psychiatric Times*, v. 1, n. February 11, 2010.
- GONÇALVES, M. L. F. E. *DSMs e depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. Dissertação de Mestrado, Centro Biomédico, IMS, UERJ. Rio de Janeiro, 2007.
- GONZÁLEZ REY, F. *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson, 2003.
- GØTZSCHE, P. *Deadly Psychiatry and Organized Denial*. Copenhagen: People's Press, 2015.
- HEALY, D. et al. *Rise of Mental Disorders and Mental Illness: Treating More Patients than Ever Before - 1896 and 1996 Compared*. *Unpublished manuscript*, 2001.
- HERZBERG, D.L. *Happy Pills in America: from Miltown to Prozac*. Johns Hopkins: University Press, 2010.
- HORWITZ, A.V. e WAKEFIELD, J.C. *A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda*. Tradução de Janaína Marcoantônio, São Paulo: Summus, 2010.
- JENKINS, J. H. (Edit.) *Pharmaceutical Self: the Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology*. Santa Fe: School for Advanced Research Press, 2011.
- KEHL, M. R. *O tempo e o cão*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- LACAN, J. O eu e o outro. In: LACAN, J. *O seminário - livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1979. Cap. IV, p.50-65.

- LAURENT, E. Como engolir a pílula? *Clique*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 24-35, 2002.
- MAGALHÃES, M. C. R. (org.). *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2001.
- MATHEWS, S. et al. *A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia: an Analysis of the Two-Year Postdischarge Risk of Relapse*. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 322-332, 2003.
- MENEU, R. *Life Medicalization and the Recent Appearance of “pharmaceuticalization”*, *Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (Valencia)*, Spain: *Farmacia Hospitalaria*, vol. 42, n. 4, p. 174 – 179, 2018.
- NAZAR, J. A medicalização da dor: da psicanálise e da psiquiatria. *Revista Dizer*, n. 14, Rio de Janeiro: Escola Lacaniana de Psicanálise, p. 95-122, 2003.
- NOGUEIRA, F. e DURVAL, M. A incidência da medicação na clínica psicanalítica. *Cartas de Psicanálise*, Ipatinga, v. 2, n. 6, p. 135-137, dez., 2009.
- OLIVEIRA, D.F. O homem comprimido. Instituto de Ensino Superior e Pesquisa (INESP), Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI) Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), 2012.
- ROUDINESCO, E. Dicionário de psicanálise. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- SANTIAGO, J. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- TORREY, E. E. *The Invisible Plague: the Rise of Mental Illness from 1750 to the Present*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2001.
- WAGNER, G. A. Comentários. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, n. 31, mar, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005835> Acesso em 06 de fevereiro de 2022.
- WHITAKER, R. *Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, v. 7, Cambridge, MA, Springer Publishing Company, p. 23-35, 2005.
- WHITAKER, R. e COSGROVE, L. *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury and Prescriptions for Reform*, New York: Palgrave MacMillan, 2015.