

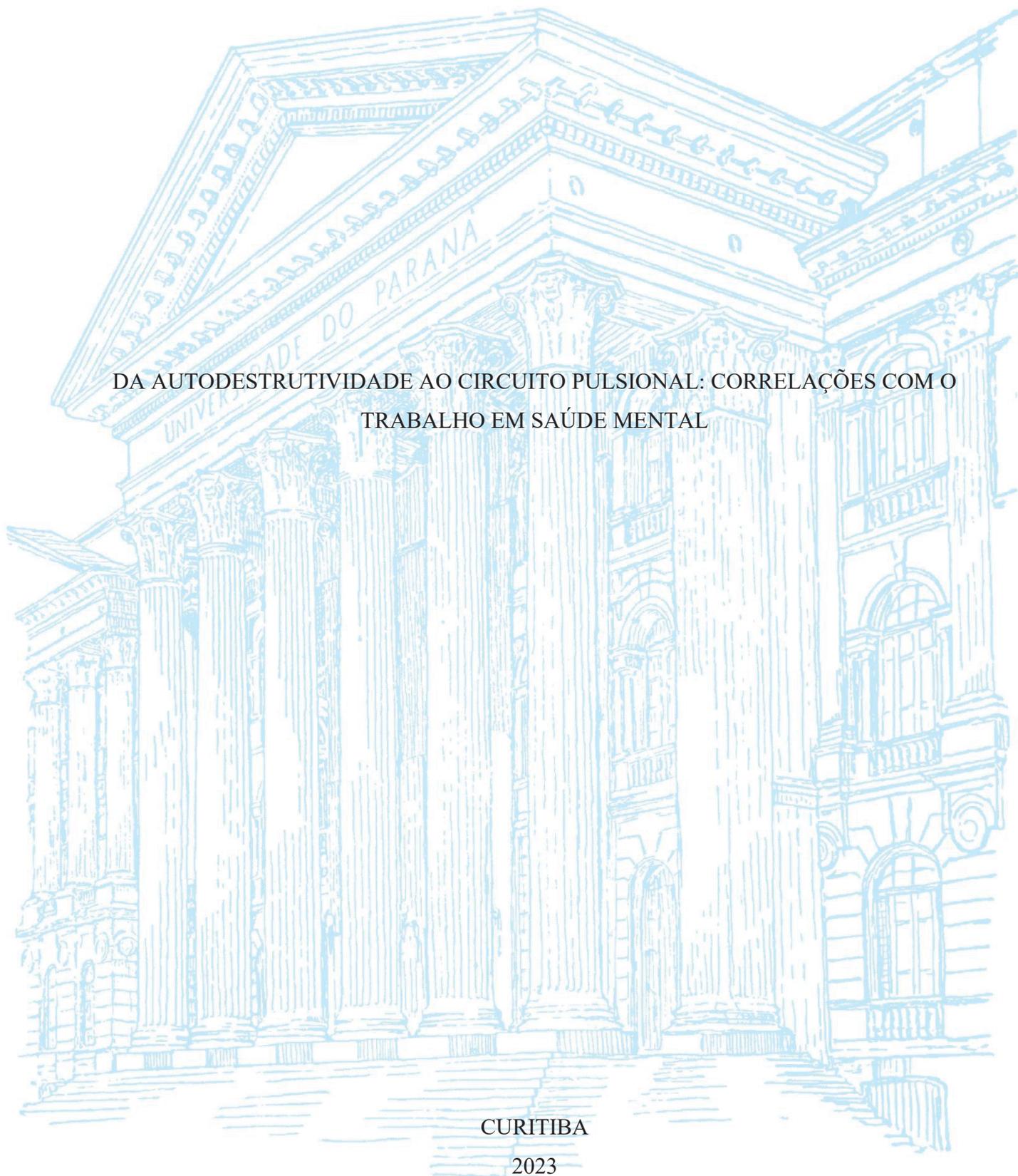
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TIENE GUIMARÃES

DA AUTODESTRUTIVIDADE AO CIRCUITO PULSIONAL: CORRELAÇÕES COM O
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

CURITIBA

2023



TIENE GUIMARÃES

DA AUTODESTRUTIVIDADE AO CIRCUITO PULSIONAL: CORRELAÇÕES COM O
TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia, Setor de Ciências
Humanas, Universidade Federal do Paraná, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Nadja Nara Barbosa
Pinheiro.

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Guimarães, Tiene

Da autodestrutividade ao circuito pulsional : correlações com o trabalho em saúde mental. / Tiene Guimarães. – Curitiba, 2023.
1 recurso on-line : PDF.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Orientadora: Profa. Dra. Nadja Nara Barbosa Pinheiro.

1. Psicanálise. 2. Freud, Sigmund, 1856-1939. 3. Comportamento autodestrutivo. 4. Saúde Mental. I. Pinheiro, Nadja Nara Barbosa, 1957-. II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Bibliotecária: Fernanda Emanoéla Nogueira Dias CRB-9/1607



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de TIENE GUIMARÃES intitulada: *Da autodestrutividade ao circuito pulsional: correlações com o trabalho em Saúde Mental*, sob orientação da Profa. Dra. NADJA NARA BARBOSA PINHEIRO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 01 de Setembro de 2023.

Assinatura Eletrônica

04/09/2023 10:16:30.0

NADJA NARA BARBOSA PINHEIRO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

08/09/2023 16:12:38.0

VINICIUS ANCIÃES DARRIBA

Avallador Externo (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

Assinatura Eletrônica

11/09/2023 10:21:39.0

PERLA CALDAS KLAUTAU DE ARAÚJO

Avallador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

*À minha avó Alice.
Apesar da ausência física,
sei que onde quer que esteja,
torce pela minha vitória.*

AGRADECIMENTOS

A Thiago, meu amor e companheiro, que esteve presente em todos os momentos, incentivando, apoiando, cuidando e sendo alicerce para que eu pudesse enfrentar os desafios até aqui.

À minha família – irmãos, avós, padrinhos, tios, primos, afilhados – por ser a minha base desde sempre, por me ensinarem a correr atrás dos meus sonhos, sendo suporte e dedicando amor e respeito. Todo meu carinho e gratidão, em especial, à minha mãe Lucimara e a meu pai Luciano.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Nadja Nara Barbosa Pinheiro, pela leitura atenta, pelo rigor acadêmico e por suas críticas e sugestões que foram sempre pertinentes e fundamentais na elaboração desta dissertação. E, principalmente, por acompanhar minha trajetória acadêmica desde a graduação, acreditando sempre em meu potencial.

Aos colegas do grupo de pesquisa, por terem escutado e ajudado semanalmente com suas pontuações durante o período de elaboração desta pesquisa. Particularmente, à Ana Sofia, pelos momentos de desabafo, incentivo e contribuições, tornando mais leve o exaustivo percurso.

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Mandirituba/Pr, pela colaboração, amizade e respeito. Obrigada por me auxiliarem cotidianamente nas interrogações e pontuações sobre a atuação profissional, no enfrentamento aos desafios e com as conversas descontraídas, as risadas e os encontros fora do ambiente de trabalho, que possibilitaram meu crescimento como pessoa, demonstrando ser possível, apesar de tudo, não perder a ‘sanidade mental’.

Aos “Psicoparsas” pela amizade, torcida e entusiasmo com minhas conquistas sempre, em especial à Luana, pela leitura zelosa da pesquisa.

A todos os pacientes, familiares e cuidadores que colaboraram direta e indiretamente com esse trabalho, que sem a intenção me ensinam muito sobre cuidado em saúde mental e humanidade.

A todas as pessoas que possibilitaram a elaboração deste trabalho e que, mesmo sem saber, contribuíram para que ele tomasse forma.

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e de onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: "No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente." "Em vez de liberdade ele encontrara o vazio", porque "junto com a serpente saíra a sua nova 'essência', adquirida no cativeiro", e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida. A analogia entre esta fábula e a condição institucional do doente mental é surpreendente, pois parece a parábola fantástica da incorporação, por parte do doente, de um inimigo que o destrói com a mesma arbitrariedade e a mesma violência com que o homem da fábula foi dominado e destruído pela serpente. Mas nosso encontro com o doente mental também nos mostrou que, nesta sociedade, somos todos escravos da serpente, e que se não tentarmos destruí-la ou vomitá-la, nunca veremos o tempo da reconquista do conteúdo humano de nossa vida.

(Basaglia, 1985, pp. 132-133).

RESUMO

Partindo da prática clínica em um Centro de Atenção Psicossocial, a presente dissertação teve como objetivo investigar a dinâmica envolvida na repetição de comportamentos autodestrutivos, observada no atendimento de pacientes em sofrimento psíquico intenso. As queixas associadas a esse fenômeno indicavam a presença simultânea de um alívio e um sofrimento intenso face o potencial destrutivo aí envolvido. A pesquisa se propôs a indagar, a partir da obra freudiana, o que estaria dando sustentação a essa repetição, considerando a hipótese de que esse mecanismo faz parte da estrutura psíquica, relacionado ao circuito pulsional. Seguindo o método psicanalítico de investigação, com o intuito de buscar respostas na teoria para os questionamentos advindos da clínica, o primeiro capítulo da dissertação objetivou explicar o modo de funcionamento e o contexto histórico, social e político em que está inserido o CAPS, destacando as reformas psiquiátricas e a Rede de Atenção Psicossocial. No segundo capítulo, centralizado nos artigos pré-psicanalíticos de Freud, o estudo se debruçou sobre a investigação da construção da teoria pulsional. A partir da clínica da histeria, destacamos a formulação das questões energéticas do funcionamento psíquico como pilar para a formalização do conceito de pulsão. Também evidenciamos a concepção do princípio de constância, do prazer/desprazer e os trilhamentos energéticos. No terceiro capítulo, foram percorridos o primeiro e segundo dualismo pulsional, evidenciando os conflitos entre as pulsões sexuais e de autoconservação; entre as pulsões de vida e de morte; bem como ressaltamos as noções da primeira e segunda tópica. Abordamos, ainda, os destinos pulsionais, destacando o papel do sadomasoquismo na dinâmica dos comportamentos autodestrutivos. No quarto capítulo objetivamos retornar à clínica e, para isso, separamos dois eixos norteadores: no primeiro detalhamos as interrogações da prática psicanalítica no CAPS. No segundo, destacamos três situações clínicas, a adicção, os transtornos alimentares e as tentativas de suicídio/automutilação, ressaltando o conflito entre a satisfação e o sofrimento na busca pelo escoamento pulsional. Esse percurso teórico possibilitou a conclusão de que os comportamentos autodestrutivos estão ligados à dinâmica pulsional, envolvendo preponderantemente uma das vicissitudes pulsionais, o sadomasoquismo. Esse destino pulsional está ancorado no embate entre as pulsões de vida e de morte. Devido a isso, prevalece uma impossibilidade em renunciar às atitudes autodestrutivas, pela satisfação intensa que elas proporcionam, mesmo que posteriormente sobrevenha um sofrimento igualmente intenso.

Palavras-chave: Psicanálise; pulsão; autodestrutivo; saúde mental; Freud.

ABSTRACT

Starting from the clinical practice in a Psychosocial Care Center, this dissertation aimed to investigate the dynamics involved in the repetition of self-destructive behaviors, observed in the care of patients in intense psychological distress. The complaints associated with this phenomenon indicated the simultaneous presence of relief and intense suffering in the face of the destructive potential involved. The research proposed to investigate, from the Freudian work, what would be supporting this repetition, considering the hypothesis that this mechanism is part of the psychic structure, related to the pulsional circuit. Following the psychoanalytic method of investigation, in order to seek answers in theory to the questions arising from the clinic, the first chapter of the dissertation aimed to explain the mode of operation and the historical, social and political context in which the CAPS is inserted, highlighting the psychiatric reforms and the Psychosocial Care Network. In the second chapter, centered on Freud's pre-psychoanalytic articles, the study focused on the investigation of the construction of the drive theory. From the hysteria clinic, we highlight the formulation of energetic issues of psychic functioning as a pillar for the formalization of the concept of drive. We also highlight the conception of the principle of constancy, pleasure/displeasure and the energetic trails. In the third chapter, the first and second drive dualism were covered, highlighting the conflicts between sexual and self-preservation drives; between life and death drives; as well as highlighting the notions of the first and second topic. We also address the drive destinations, highlighting the role of sadomasochism in the dynamics of self-destructive behaviors. In the fourth chapter we aim to return to the clinic and, for this, we separate two guiding axes: in the first we detail the questions of psychoanalytic practice in CAPS. In the second, we highlight three clinical situations, addiction, eating disorders and suicide/automutilation attempts, emphasizing the conflict between satisfaction and suffering in the search for pulsional flow. This theoretical path made it possible to conclude that self-destructive behaviors are linked to drive dynamics, involving predominantly one of the drive vicissitudes, sadomasochism. This drive destiny is anchored in the clash between the life and death drives. Because of this, it is impossible to renounce self-destructive attitudes, due to the intense satisfaction they provide, even if later an equally intense suffering ensues.

Keywords: Psychoanalysis; drive; self-destructive; mental health; Freud.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	45
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Congresso Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CSM	Centros de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
ESRM	Estratificação de Risco em Saúde Mental
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MTST	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TM	Transtorno Mental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	AS DIVERSAS FACETAS DA LOUCURA: CONTEXTO HISTÓRICO E O ENCONTRO DE NOVOS CAMINHOS	20
2.1	A HISTÓRIA DA LOUCURA: OS CENÁRIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	20
2.2	AS PSIQUIATRIAS REFORMADAS.....	26
2.2.1	Psiquiatria Democrática.....	30
2.3	REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	33
2.4	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	44
2.4.1	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	46
2.5	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	50
3	OS PRELÚDIOS DA PULSÃO.....	51
3.1	ESBOÇO DA PULSÃO COMO ENERGIA.....	53
3.2	A ESTRUTURAÇÃO DAS VIAS ENERGÉTICAS A PARTIR DA CLÍNICA DA HISTERIA	55
3.3	AS TRILHAS DO PROJETO PARA UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA	58
3.4	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	68
4	OS DESDOBRAMENTOS PULSIONAIS: SONHOS, SEXUALIDADE E OS DUALISMOS FREUDIANOS.....	70
4.1	OS SONHOS E A SEXUALIDADE INFANTIL	71
4.2	UM NOVO OLHAR SOBRE A SEXUALIDADE INFANTIL: AS PULSÕES SEXUAIS.....	74
4.3	PRIMEIRO DUALISMO PULSIONAL	79
4.4	SEGUNDO DUALISMO PULSIONAL	86
4.5	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	95
5	ESCUA CLÍNICA NO CAPS: AS REPETIÇÕES AUTODESTRUTIVAS PELA VIA DO CIRCUITO PULSIONAL.....	97
5.1	O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MANDIRITUBA/PR - CAPS1 - E AS ELUCUBRAÇÕES POSSÍVEIS	98
5.2	O ESTIGMA DA LOUCURA EM NOSSO TEMPO.....	101
5.2.1	A psicanálise no CAPS	106

5.3	TRILHAMENTOS PULSIONAIS: O PRINCÍPIO DO PRAZER E A QUANTIDADE ENERGÉTICA SOB A ÓTICA DA ADICÇÃO	108
5.4	O CAMPO DA SEXUALIDADE E O CORPO AUTOERÓTICO: MARCADO PELO CIRCUITO PULSIONAL SOB O VIÉS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	113
5.5	O PARADOXO ENTRE VIDA E MORTE: AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E CONTENÇÃO DA DEMANDA PULSIONAL ATRAVÉS DOS FENÔMENOS DA AUTOMUTILAÇÃO E DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO	118
5.6	CONCLUSÃO DO CAPÍTULO	123
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS.....	133
	ANEXO 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E FLUXOGRAMA	143

1 INTRODUÇÃO

Ao realizar a escuta psicanalítica de pacientes com sofrimento psíquico intenso em uma instituição pública de saúde mental, é inevitável deparar-se com diversos percalços que são próprios da prática clínica. As queixas emocionais trazidas pelos pacientes diariamente expõem um cenário de sofrimento profundo e pujante, que demarca uma impossibilidade de seguir a vida sem a busca de ajuda profissional.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo do qual a autora faz parte como psicóloga, é um serviço porta aberta¹ e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população a partir do acompanhamento multiprofissional, buscando a reinserção social dos usuários com a promoção da autonomia e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica instaurada no Brasil desde os anos 70 do século passado, configura-se como um serviço criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos nos moldes tradicionais de segregação, colocando em evidência a prática do cuidado em liberdade² (Ministério da Saúde, 2004).

Nos relatos dos pacientes, chama a atenção a recorrência de atos destrutivos em suas mais variadas formas de manifestação. Entre os quais, destacamos o abuso de substâncias psicoativas, não apenas ilícitas, mas também aquelas que são prescritas como forma de aliviar o que está interferindo diretamente no corpo (como sintomas físicos de ansiedade), as tentativas recorrentes de suicídio e as automutilações. Todos remetem à dores que deixam marcas profundas e que revelam a intensidade de algo que insiste e que não cessa até encontrar uma saída, nem que seja pela via do sofrimento. “Aliviar a dor psíquica através da dor física” é uma das frases frequentemente ditas por pacientes que se encontram em situações de intensa fragilidade. Também é uma das expressões que mais desperta nossa atenção, a saber: o que estaria por trás desse modo de funcionamento. Relacionado a isso, também segue o questionamento de que este alívio que mencionamos é, de fato, proporcionado por atitudes e

¹ Um serviço porta aberta são aqueles que não necessitam obrigatoriamente de encaminhamentos de outros dispositivos da rede de saúde. Qualquer pessoa que esteja precisando de um atendimento, faz seu cadastro e é direcionado ao profissional que realiza a primeira escuta ou triagem. Como exemplo, podemos citar os prontos-socorros/UPAs.

² Reservamos o primeiro capítulo da dissertação para discorrer mais pormenorizadamente sobre as questões da Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos de saúde mental.

comportamentos autodestrutivos, como se tudo acalmasse após a concretização de um corte, o uso de uma substância psicoativa, a prática de violência física. Oferecendo um lugar de escuta clínica foi possível perceber, no decorrer dos atendimentos, que, para além do que era apresentado inicialmente como queixa, havia uma repetição contínua desses comportamentos e atitudes percebidos pelos pacientes como algo intransponível, impossível de ser modificado, como uma dificuldade de ceder do que os faz sofrer.

Perseguindo as problemáticas anunciadas e percebendo que tais fenômenos se apresentavam como uma dificuldade para o tratamento – uma vez que vários pacientes abandonaram o processo terapêutico, e outros, ainda, cometeram suicídio – inúmeras indagações foram emergindo. Entre as quais, destacamos duas: o que estaria sustentando a prática desses comportamentos que geram tanto sofrimento? E, ainda, é possível que exista uma satisfação envolvida nessas situações autodestrutivas?

Na tentativa de respondê-las, acreditamos que Freud nos ofereça um direcionamento de qual caminho percorrer. No texto *Além do Princípio do Prazer* (1920/2006), ao estudar a presença de processos psíquicos que se repetiam compulsivamente nos atendimentos clínicos, o autor percebe uma relação entre estes e o circuito pulsional, alegando que, em seus estudos,

... ainda restam tantos aspectos sem explicação, que a formulação da hipótese da compulsão à repetição se justifica. Esta de fato nos parece ser mais arcaica, mais elementar e mais pulsional do que o princípio do prazer, o qual ela suplanta (p.148).

Seguindo o que o autor se interroga e as manifestações observadas que acabamos de pontuar, é possível perceber que tais comportamentos e situações relatadas pelos pacientes não puderam, de maneira inicial, ter sido percebidas como prazerosas, principalmente na questão de provocar dor e do sofrimento narrado que tal prática evoca. Entretanto, a repetição dessas mesmas atitudes, como forma de alívio, nos sugere que seja algo que faz parte da estrutura psíquica. Essa dimensão paradoxal, entre a expressão de um sofrimento e, ao mesmo tempo, de um alívio, nos endereçara ao circuito pulsional e seus desdobramentos – atinando que ali onde está o sofrimento algo se satisfaz. E é esse paradoxo que a clínica psicanalítica se propõe a enfrentar. Tal suposição nos fez erigir a hipótese de que a repetição dessas atitudes autodestrutivas está relacionada ao funcionamento pulsional e é, por esse viés, que dirigiremos nosso estudo.

Trilhando nosso próprio caminho, a presente pesquisa tem por objetivo investigar, a partir de uma leitura minuciosa da obra freudiana, a presunção de que é o mecanismo pulsional que está envolvido na repetição de atitudes autodestrutiva. A ideia central, portanto, é percorrer os fundamentos da teoria da pulsão na obra de Freud, compreendendo a complexidade do

desenvolvimento do conceito até a segunda tópica, onde o autor passa a se interrogar sobre a abrangência da ação do princípio do prazer. Ao apresentar o novo dualismo pulsional (entre pulsões de vida e de morte), buscamos continuamente explorar as explicações teóricas que o autor nos oferece acerca da indagação clínica descrita anteriormente.

Diante do entendimento prévio sobre a teoria pulsional, de formação, leituras e prática clínica, é notável a relevância do conceito, principalmente por ser um tema que circunda grande parte dos textos freudianos e ao qual o autor foi construindo ao longo de toda sua obra. Também devido ao fato de ser um mote importante para a clínica psicanalítica, ao qual diversos autores e comentadores mantêm em debate até os dias atuais, principalmente no que se refere à tradução da palavra *Trieb*, entre Instinto e Pulsão.

Como definição na língua alemã original, *Trieb* (do verbo *Treiben*) significa “força interna que impele ininterruptamente para a ação, ímpeto perene” (Hanns, 1996, p.338), podendo também ter o significado de tendência, ânsia, algo que propulsiona, que coloca em movimento, “algo que espicaça, que oscila entre prazer e desprazer, que percorre o corpo e a psique e que nunca cessa de se manifestar” (Hanns, 1999, p.28). Cientes de que nenhum termo seria de fato suficiente para abranger todos os sentidos que a palavra *Trieb* pode alcançar, foi preciso tomar uma decisão. Levando em consideração o nosso percurso psicanalítico e o que Hanns (1999) transmite em seus estudos, nesta pesquisa adotaremos o termo em português Pulsão ao que se refere à palavra *Trieb*, por entendermos que Instinto não comunica a ideia principal do vocábulo, bem como por ser melhor difundido dentro da literatura psicanalítica. Seguindo esta mesma lógica, empregaremos as expressões Eu no que se refere à palavra em alemão *Ich*, Supereu para *Über-Ich* e Isso para *Es*, utilizando os termos com base nas traduções diretas do alemão para o português. Julgamos importante alertar ao leitor que, em razão do uso de diferentes versões e traduções da obra freudiana (editoras Imago, Companhia das Letras e Autêntica), em citações diretas nos manteremos fiéis aos tradutores.

Após esta explanação, retomando a questão de base da presente pesquisa e entendendo a importância do estudo da teoria pulsional para a literatura psicanalítica, é deduzível que o tema já foi amplamente discutido e que não apresenta nenhum ineditismo. Contudo, é indispensável apreender que a elaboração teórica e clínica não é isenta de dificuldades, que a clínica está sempre em atualização e que constantemente novas questões se farão presentes. Assim, seguiremos a proposta de que a pesquisa em psicanálise parte de uma interrogação advinda da clínica, sendo primordial um retorno à teoria, com o intuito de compreender e encontrar respostas minimamente satisfatórias para a questão central da pesquisa (Pinheiro et al, 2019).

A obra freudiana, desde os primeiros artigos publicados (em meados de 1880) até 1939, contempla o desenvolvimento da teoria psicanalítica e deixa clara a forma como Freud elaborava seu método de pesquisa, partindo da observação e aprofundamento da prática clínica, formulando hipóteses, aprimorando conceitos e, também, abandonando convicções que, a partir de seus estudos, não faziam mais sentido – mesmo indo contra a comunidade científica da época. Partindo desse pressuposto, fazer uma pesquisa alicerçada pelo método psicanalítico requer um trabalho mais acurado sobre os conceitos, uma investigação mais pormenorizada entre os caminhos percorridos pelo autor, para a construção de uma base teórica mais sólida, que dê suporte à prática clínica.

Nesta pesquisa adotaremos o método freudiano de investigação, com o intuito de buscar respostas a questões que emergiram ao longo do exercício da clínica. A decisão para a escolha do método está pautada em uma formalização conceitual necessária para o avanço da teoria psicanalítica. De acordo com Pinheiro (2022), são cinco tempos que organizam o caminho de construção de uma pesquisa:

(1) a aquisição de um saber teórico que sustente o início da clínica; (2) o exercício da clínica; (3) a emergência de uma questão que a clínica impõe ao saber teórico; (4) o retorno à teoria e a produção de uma formalização conceitual; e (5) o retorno à clínica, novamente” (p.14).

Em nosso estudo percorremos os cinco tempos acima citados. O primeiro tempo, de acordo com Pinheiro (2022), denota a apreensão de um saber teórico provisório que adquirimos em nossa formação universitária, em cursos e especializações, que nos serviram de alicerce para alcançar o segundo tempo, o exercício da clínica em uma instituição pública. Inseridos nesse contexto, desse exercício clínico emergiram diversas interrogações a respeito da repetição dos fenômenos autodestrutivos relatados pelos pacientes nos atendimentos. Essas interrogações demandaram uma reorganização e a apreensão de um novo saber teórico mais consistente, capaz de fundamentar a prática analítica, indicando o terceiro tempo. O quarto tempo assinala o momento de retorno à teoria freudiana para, a partir dela, produzirmos uma formalização mais sólida da noção que deduzimos estar por trás da problemática citada, tomando o circuito pulsional e seus desdobramentos como coordenada. Por fim, fazemos um movimento de retorno à clínica, com o referencial teórico mais organizado, assinalando ao leitor os impasses encontrados e deslindando os comportamentos autodestrutivos pelo viés da pulsão. Para alcançar nossos objetivos, de percorrer os eixos explanados, dividimos o percurso da pesquisa em quatro capítulos.

Ao propor entender a repetição de atitudes autodestrutivas a partir da noção freudiana de pulsão, partindo de uma atuação clínica muito singular, pareceu-nos interessante iniciar esta dissertação perfazendo, em um primeiro momento, a conjuntura em que a prática psicanalítica está inserida. Em um segundo momento, de modo geral, organizamos os capítulos em uma perspectiva cronológica da obra de Freud, partindo dos trabalhos publicados a partir do ano de 1881 até 1924, elegendo alguns principais textos que nos auxiliaram na compreensão da teoria pulsional. Dentre eles, destacamos como balizadores: *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016), *Projeto para uma psicologia científica* (1985-1950/1996), *Interpretação dos sonhos* (1900/1996), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2016), *As pulsões e seus destinos* (1915/2020), *Além do princípio do prazer* (1920/2006), *O eu e o id* (1923/2007) e *O problema econômico do masoquismo* (1924/2007). Além das obras freudianas, apoiamo-nos em livros e artigos de comentadores contemporâneos, pois seus trabalhos nos auxiliaram a decantar nossa pesquisa e tornar mais clara a compreensão de alguns conceitos. Por fim, dedicamos o último capítulo para promover uma articulação entre a experiência clínica e as noções trabalhadas ao longo da dissertação, a fim de melhor depreender o fenômeno que fez surgir os questionamentos que demarcamos anteriormente.

Dito isso, no primeiro capítulo do presente estudo, contextualizamos os modos de compreensão dos transtornos mentais, anteriormente denominados como loucura. Desenvolvemos um panorama histórico e cultural, narrando sobre em quais bases foram se difundindo os julgamentos morais, as práticas psiquiátricas e as formas de segregação, que eram marcadas pela violência e marginalização. Discorremos ainda sobre a Reforma Psiquiátrica e o processo de construção das políticas de saúde mental no Brasil e no mundo, que propiciaram a fundação dos dispositivos substitutivos aos modelos manicomiais, alcançando o que atualmente está estruturado como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Acreditamos que essa contextualização é imprescindível para que o leitor tenha recursos para visualizar o cenário de onde emergiram as questões da pesquisa.

Objetivando construir um percurso sobre o modo de funcionamento pulsional, nos dedicamos, em nosso segundo capítulo, a analisar os artigos conhecidos como pré-psicanalíticos. Tomando a formulação do aparelho de linguagem como ponto de partida, procuramos demonstrar que, desde o início, Freud se dedicava a depreender os fenômenos psicopatológicos e a encontrar novas formas, a partir da prática clínica, de conceber o psiquismo. Adotando a clínica da histeria como fio condutor do capítulo, vamos paulatinamente seguindo o pensamento do autor na apreensão dos modos de funcionamento psíquico. Conjuntamente com Fliess e Breuer, Freud começa a formular a questão energética, a operação

do princípio de constância e do prazer/desprazer, se debruçando sobre a estruturação do aparelho psíquico e evidenciando os trilhamentos, o mecanismo da dor e da defesa, sendo este último explicado com a introdução da noção de Eu. Contamos principalmente com os textos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016) e *Projeto para uma psicologia científica* (1895-1950/1996) para nortear nossa linha de raciocínio. É importante frisar que, neste momento teórico que destacamos, a teoria pulsional ainda não estava estruturada, mas que já era possível depreender das reflexões do autor nesses textos iniciais a necessidade da formulação de um conceito que desse conta de explicar os acontecimentos observados em sua clínica, como os impasses encontrados com a sexualidade atrelada aos anos iniciais da vida (a infância). Tais formulações nos fornecem subsídios para a elaboração de nosso terceiro capítulo.

De forma tangencial, prosseguimos nossa pesquisa tateando a construção do conceito de pulsão. A partir do conflito psíquico propiciado pelas questões da sexualidade infantil, anunciamos a composição do aparelho psíquico nas instâncias Consciente/Pré-consciente e Inconsciente, explicando de maneira mais pormenorizada os caminhos tomados por Freud para introduzir a teoria pulsional e a primeira tópica, apoiados nos artigos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2016) e *Interpretação dos sonhos* (1900/1996). Posteriormente, procuramos determinar o surgimento do primeiro e segundo dualismo pulsional, buscando clarificar os conflitos entre as pulsões sexuais e do Eu (no primeiro dualismo) e entre as pulsões de vida e de morte (no segundo dualismo), pontos centrais para a teoria. Para tal propósito, usamos sobretudo os textos *As pulsões e seus destinos* (1915/2020) e *Além do princípio do prazer* (1920/2006). Analisamos com atenção as vicissitudes pulsionais investigadas por Freud, em especial as manifestações sadomasoquistas, elaboradas de maneira mais pormenorizada pelo autor nos textos *O eu e o id* (1923/2007) e *O Problema econômico do masoquismo* (1924/2007), destacando o papel do Supereu nessa complexa dinâmica psíquica.

Para o quarto e último capítulo, procuramos fazer um retorno à clínica, deixando mais sólido o arcabouço construído até aqui. Apresentamos inicialmente o CAPS Mandirituba/Pr, local de trabalho de onde emergiram as questões que conduziram nosso estudo, para que o leitor tenha conhecimento sobre a estrutura e o modo de funcionamento da rede pública de saúde mental e de como a psicanálise está inserida nesse contexto. Em seguida, promovemos uma articulação dos fenômenos autodestrutivos observados nos atendimentos a pacientes em sofrimento psíquico intenso, com os pontos que fomos marcando ao longo dos capítulos anteriores, dividindo um subcapítulo para cada situação clínica: as adicções; os transtornos alimentares; e as automutilações/tentativas de suicídio.

Nesta última parte, delimitamos um circuito que nos permite primeiramente refletir sobre quais as especificidades que cada fenômeno autodestrutivo exprime e, posteriormente, ponderar, a partir disso, sua relação com as vicissitudes pulsionais. No subcapítulo sobre os fenômenos da adicção e da dependência química logramos traçar os modos como os trilhamentos pulsionais podem ser demarcados a partir da irrupção de uma intensa quantidade energética, intermediados pelo princípio do prazer, e que trazem como consequência sofrimento, mas, ao mesmo tempo, uma satisfação ao sujeito, devido a excitação pulsional estar recebendo um direcionamento e escoamento. No subcapítulo sobre os fenômenos relacionados aos transtornos alimentares, delineamos um paralelo com o campo da sexualidade e com o corpo autoerótico, que são marcados pelo circuito pulsional desde a constituição psíquica, circunscrevendo a fixação do sujeito em um modo de satisfação oral da pulsão, que envolve um movimento primitivo e paradoxal entre prazer e desprazer (entre a nutrição e a saciação da fome). No último subcapítulo pontuamos sobre as tentativas de suicídio e as automutilações, investigando sobre formas de organização e contenção da demanda pulsional, tomando a noção de dor e de trauma como o fato que inaugura a compulsão à repetição, e conjecturando a noção de masoquismo original, acentuando o movimento fusional entre as pulsões de vida e de morte e a atuação do Supereu nesse contexto.

Depreendemos que os recortes selecionados estão articulados entre si e demarcam a contradição entre o sofrimento e a satisfação, entre o prazer e o desprazer, evidenciando os impasses e conflitos que emergem na clínica psicanalítica.

2 AS DIVERSAS FACETAS DA LOUCURA: CONTEXTO HISTÓRICO E O ENCONTRO DE NOVOS CAMINHOS

Antes de prosseguir na investigação da temática apresentada, é importante descrever a conjuntura sobre o processo de construção das políticas de saúde mental no Brasil e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo onde a autora atua como psicóloga da rede pública no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste primeiro capítulo é explanar o modo de funcionamento e o contexto histórico, social e político em que está inserido o CAPS, sendo essencial para o leitor conseguir compreender o cenário que fez emergir a questão de pesquisa norteadora desta dissertação. Também para demarcar um posicionamento: a importância da psicanálise dentro desses dispositivos de saúde.

Para elucidar a instauração e os desdobramentos das leis e diretrizes voltadas à saúde mental, precisamos, em um primeiro momento, conhecer os movimentos que possibilitaram sua emergência e qual o quadro geral que fez com que novos arranjos fossem necessários para o atendimento e tratamento deste público. Para isso, percorreremos a história da loucura, a construção dos manicômios e as reformas psiquiátricas — geral e, especificamente, no Brasil. Posteriormente, destacaremos as formas de organização do CAPS, sua função e as diversas modalidades em que está subdividido, explanando sobre o funcionamento e as particularidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA: OS CENÁRIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento político e social, marcado pela crítica ao modelo asilar e a clínica psiquiátrica tradicional, que possuía como ferramenta principal a hospitalização e a medicalização. Embasado por diversas mobilizações sociais no Brasil e no mundo, o movimento reivindicava a transformação de práticas excludentes, estigmatizantes e hegemônicas, visando um tratamento mais humanitário para quem padecia de adoecimento mental (Quadros, 2017). Foi importante para mudar a forma de relação com a loucura, o modelo asilar e as práticas segregadoras.

Reforma, em seu sentido estrito, significa uma mudança que deve ser operada tendo em vista um melhoramento, ou seja, pressupõe uma reparação, uma modificação daquilo que não é mais adequado (Larousse, 1992). Para entender a necessidade de uma mudança radical reivindicada pela Reforma Psiquiátrica, precisamos distinguir quais eram os modelos, as práticas adotadas e qual a demanda da sociedade por diferentes soluções. Para isso, tomaremos

como referência as ideias de Michel Foucault contidas no livro *A história da loucura na idade clássica* (1972), no qual o autor faz uma reflexão histórica e filosófica sobre os modos de pensar e entender a loucura, a forma como a sociedade, em níveis políticos e religiosos, determinou o lugar desse sujeito e as fronteiras entre a razão e a insanidade. A partir de um conhecimento prévio da obra, entendemos que ela é imprescindível devido ao seu impacto crítico, sendo a base para diversos estudos contemporâneos sobre a temática e crucial para conjecturar o que, posteriormente, esclareceremos como ponto fundamental da Reforma Psiquiátrica. Incluiremos também, para auxiliar na compreensão do tema, o comentador Paulo Amarante, sendo um autor expressivo e ativo na luta pela reforma a nível nacional.

Tomaremos como ponto de início o século XVII, que, para Foucault (1972), foi determinante na construção da ligação entre a loucura, a medicina e a psiquiatria. No período anterior ao século citado, havia somente uma consciência da diferença, que não era delimitada ou definida. A loucura era vista como uma demonstração de sabedoria e de verdade, como um dom divino; ou como demonstrações de possessão ou bruxaria — ambos relacionados à religiosidade (Garcia-Roza, 2009).

No decorrer do século XVI, os pensamentos do filósofo Michel de Montaigne sobre a impossibilidade de se possuir uma certeza que fosse absoluta, sem contradições, incluía a questão da loucura nesse lugar da dúvida (Foucault, 1972). O grande marco do século XVII – e por isso seu destaque – surgiu a partir do pensamento de René Descartes. De acordo com Foucault, a ascensão do pensamento cartesiano estabeleceu uma nova forma de conceber a verdade a partir da razão.

Com o domínio da racionalidade e da consciência, Garcia-Roza (2009) acentua que a visão entre razão-desrazão eliminou o espaço da dúvida, imperante no século anterior, e propiciou a emergência da loucura – “a razão produziu a loucura” (p.26). Seguindo essa premissa, na visão de Descartes a loucura não atingia o pensamento (compreendido como o *cogito*), pois este é dominado pela razão – a loucura atingia o homem (Garcia-Roza, 2009). Para Foucault (1972) o “homem louco” (p.269), nesse período, passa a ser percebido como mais próximo dos animais do que dos homens, por não possuir controle sobre seus impulsos e desejos e, com isso, representar um perigo para a sociedade, necessitando ser exilado para não interferir na racionalidade do homem comum. Podemos inferir, a partir dessa construção, que é neste momento que são criados os primeiros estigmas do louco como violento, como uma ameaça social.

A ascendência do pensamento racional oportunizou, portanto, que espaços para controle social da loucura fossem criados. De acordo com Foucault (1972) os antigos

leprosários, que estavam abandonados devido ao desaparecimento da doença em 1635, passaram a ter uma nova finalidade:

Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social (p.10).

Nesse sentido, quem fosse considerado louco deveria ser enviado para o isolamento que, conforme o autor, visava a correção, a punição e a caridade, sendo incluído na posição de louco todos os que deturpavam a ordem pública – os pobres, miseráveis, vagabundos e insanos. É fundamental destacar que a questão da loucura, até então, não estava associada exclusivamente ao saber médico e o isolamento não incluía um tratamento. Os médicos auxiliavam no diagnóstico e no reconhecimento da loucura, no entanto, os responsáveis pela definição de quem estava incluído na racionalidade ou não eram o Estado, a burguesia e os líderes religiosos (Foucault, 1972).

Com o aumento expressivo do número de pessoas que eram enviadas a essas instituições, em 1656 foi inaugurado o Hospital Geral de Paris, dando início a grande onda de internamentos que se expandiu por toda a Europa (Foucault, 1972). Para Foucault, a instauração do Hospital Geral de Paris é considerada um marco na história da loucura, por ser uma estrutura semijurídica na qual seus representantes detêm poderes interior e exteriormente, com liberdade para decidir, julgar e executar os internamentos sem que houvesse qualquer interferência. Para o autor “O gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto” (p.61).

O internamento na era clássica, até o início do século XVIII, era uma estratégia adotada pelo Estado visando mascarar a miséria da sociedade e evitar os inconvenientes que os loucos, os pobres e desempregados escancaravam (Foucault, 1972). Os loucos estavam fechados nos grandes hospitais misturados com o resto da população desajustada. Aqueles que possuíam perturbações mentais, conhecidos como alienados – que resultavam em menor número dentre os internos – eram submetidos aos mesmos tratamentos rudimentares, colocados em lugares reservados e sujeitados a um regime de correção intensos (Foucault, 1972).

Foi somente a partir da metade do século XVIII que a situação em torno dos internamentos e do lugar da loucura começou a vislumbrar um novo cenário. Foucault (1972) afirma que o internamento de alienados é a estrutura mais visível na experiência da loucura,

devido aos escândalos envolvidos. O papel do Hospital Geral e dos demais, que possuíam as mesmas características, começaram a ser questionados somente com a ascensão da Revolução Francesa, pois, até este momento, o hospital significava o lugar máximo de representação do Estado. Com os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, a revolução, de acordo com Amarante (2007), propiciou um período de transição entre um lugar de isolamento social para um lugar de tratamento – foi neste momento também que a medicina encontrou a oportunidade para o fortalecimento de suas práticas frente ao alienado.

Para Foucault (1972) é com Pinel, pai da psiquiatria, que o louco passa, de fato, a ser considerado um ser humano. Nesse período, conjuntamente, cai a dicotomia entre razão e loucura, desvelando as crueldades que ocorriam nas celas dos hospitais. Teixeira (2019) ressalta que, com essa mudança revolucionária, a maioria dos internados, que estavam aprisionados apenas por suas condições materiais, foram libertos, retornando ao convívio social. A partir de então, “o hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos” (Amarante, 2007, p.25). Essa mudança radical nos paradigmas, de compreender a loucura como um processo humano, não significa necessariamente o desenvolvimento de um olhar humanizado, que só ganhará espaço em meados do século XX. As práticas abusivas e violentas continuaram sendo adotadas.

Philippe Pinel e seu discípulo Esquirol foram os primeiros médicos a adotarem a observação empírica dos fenômenos da loucura, considerando a alienação mental no mesmo escopo que as doenças orgânicas (Bercherie, 1989). Pinel também foi pioneiro na proposta de libertação dos loucos do isolamento asilar, no entanto, de acordo com Amarante (2007), a libertação não significava liberdade absoluta, mas a substituição do isolamento pelo tratamento moral – que tinha como princípio o afastamento do mundo exterior, considerando que nele estavam as causas da alienação. “Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo” (Amarante, 2007, p.29).

Partindo deste pressuposto, podemos afirmar que o fortalecimento do saber médico/psiquiátrico sobre o campo da loucura acaba somente mudando a perspectiva, uma metamorfose que mantém o isolamento e a exclusão, mas agora toma como base a doença – uma doença mental – passível de controle, de tratamento e, ainda, de uma ideia de cura.

De acordo com Amarante (2007) foi Pinel quem consolidou a primeira nosografia das enfermidades mentais, o conceito de alienação mental e a profissão de alienista. A alienação mental tinha como significado “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir

desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade” (p.30). Para Amarante, portanto, a alienação tem o significado de estar fora da realidade, sem controle sobre as próprias vontades ou discernimento sobre o certo e o errado, o que, novamente, remete à noção de periculosidade. O alienismo de Pinel, conforme afirma Teixeira (2019), proporcionou ao louco um novo lugar social que o internamento e a hospitalização, nos moldes anteriores, haviam retirado. Ele passa a ser incluído como um indivíduo em recuperação. Condicionado o tratamento ao ambiente em que era realizado, passou a ser adotada uma nova nomenclatura que diferenciava o ambiente atual dos antigos hospitais – agora denominados Manicômios ou Hospícios (Teixeira, 2019). De acordo com Amarante (1998) a obra de Pinel é considerada uma primeira reforma, uma mudança na instituição hospitalar e a edificação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico nesse contexto.

Os objetivos do tratamento pineliano podem ser definidos como: liberar os alienados das influências externas; vencer as resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; e a imposição de novos hábitos intelectuais e morais (Amarante, 2007). Para alcançar tais objetivos, de acordo com Teixeira (2019), eram necessárias medidas restritivas e punitivas. A liberdade era defendida como nos moldes dos ideais revolucionários, no entanto, as ações repressivas, de isolamento e o uso de camisas de força e eletrochoques eram aceitáveis, se estivessem consoantes com o que o alienista havia traçado como coordenadas do plano de tratamento.

Ao final do século XVIII e em grande parte do século XIX, de acordo com Teixeira (2019), houve uma grande popularização dos manicômios não só na Europa, mas mundialmente, pois representavam um avanço e uma reformulação das formas de compreender a loucura – agora como doença mental – amparado pelo discurso científico, que transmitiam uma eficiência prodigiosa, “o manicômio era um instrumento de cura por excelência e a internação dos alienados mentais era uma medida médica e humanitária inquestionável” (p.558).

Apesar da intensa propagação do modelo proposto por Pinel, as críticas também eram abundantes. De acordo com Amarante (2007) e Garcia-Roza (2009), mesmo com a evolução nos estudos da psiquiatria, a diferenciação entre a loucura e a normalidade continuava estreita e de difícil delimitação, o que favorecia diagnósticos equivocados e sustentava a relação de poder do saber psiquiátrico. “A loucura era doença sem corpo, ela era literalmente uma doença mental” (Garcia-Roza, 2009, p.28) e, por não encontrarem uma característica universal na loucura, a psiquiatria assegurava sua relação de poder frente ao homem louco. Além de manter uma deturpada função social dos hospícios, que, em tese, disseminavam um discurso de

liberdade, na prática, elas asseguravam ainda mais a segregação e o isolamento. Desse modo, diversas denúncias foram surgindo devido ao tratamento violento que era aplicado aos pacientes e a submissão a condições insalubres, fazendo com que a credibilidade dos manicômios fosse cada vez mais questionada.

Diante da crise estabelecida entre a psiquiatria e o modelo de tratamento adotado nos manicômios, de acordo com Amarante (2007), foi estruturada uma nova organização das instituições – considerada uma segunda reforma. Com o avanço nos estudos e pesquisas científicas, bem como o impacto e as transformações da Revolução Industrial, a busca era por uma tentativa de resgatar o potencial terapêutico a partir da submissão do alienado ao trabalho – as denominadas “colônias de alienados” (Amarante, 2007, p.38). Conforme o autor, de modo geral, o trabalho era visto como um meio terapêutico em potencial, que estimulava os pacientes e promovia uma resistência cerebral, auxiliando no desaparecimento dos delírios. Seguindo os preceitos do alienismo, a disciplina exigida no trabalho conseguia acalmar o louco, torná-los produtivos e úteis, promovendo uma reeducação social (Teixeira, 2019). Segundo Amarante (1998), “na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional” (p. 27).

Concomitantemente, ao final do século XIX, inicia o processo de medicalização da loucura. De acordo com Barros (1994) a orientação organicista e a construção de uma nosografia das doenças mentais ganharam destaque neste período, influenciados principalmente pelos estudos anátomo-clínicos de Emil Kraepelin – enfraquecendo o alienismo já instaurado e bastante difundido mundialmente. Fundamentado na classificação das doenças mentais, o louco passou a ser considerado, em conjunto com os demais estigmas, como um organismo que não funcionava adequadamente, necessitando de intervenção medicamentosa. Ainda, essa nova organização reforçava a ideia da loucura associada a periculosidade, visto como um destino inerente (Barros, 1994). Barros afirma que a introdução dos psicofármacos no plano de tratamento do doente mental trouxe para a psiquiatria uma nova perspectiva, pois apresentava uma eficácia na redução da sintomatologia e uma facilitação na reinserção social. Entretanto, mesmo com o vislumbre de melhora e evolução nos tratamentos, a quantidade de internados nos hospitais psiquiátricos não reduzia. Diante de tal afirmação, podemos inferir que não se tratava apenas da necessidade de submeter o louco a um tratamento médico, em busca de uma cura, mas de um modo social já instaurado de segregação e isolamento dessa população que, independentemente de melhora dos sintomas, não era digna de retornar ao convívio social.

Foi somente após a Segunda Guerra Mundial, depois dos massacres e atrocidades expostos dos Campos de Concentração Nazistas, que a sociedade passou a se questionar sobre

a dignidade, o papel da instituição asilar e o saber psiquiátrico, incluindo neste ponto as condições oferecidas aos doentes mentais nos hospitais (Amarante, 2007; Desviat, 2015). De acordo com Desviat (2015), a vontade social coletiva de se obter uma sociedade mais livre, igualitária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, a disseminação da teoria psicanalítica e o avanço nos estudos sobre saúde pública, propulsionaram os movimentos para a busca de uma reforma no paradigma psiquiátrico e médico do período. A partir de então, começam a se desenvolver os movimentos da Reforma Psiquiátrica Contemporânea, fundamentais para endossar nossa proposta do presente capítulo.

2.2 AS PSIQUIATRIAS REFORMADAS

A necessidade de uma reforma no campo da psiquiatria tomou grandes proporções e, como consequência, diversos movimentos foram disseminados. Podemos destacar três grupos de “psiquiatrias reformadas” (Amarante, 1998, p.27), as quais são experiências de reformas que aconteceram em diversos países e que foram marcantes, impactando na repercussão das Reformas Psiquiátricas ao nível mundial. Elas são: Grupo 1 - Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas; Grupo 2 - Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva; Grupo 3 - Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

Para Desviat (2015), apesar das diferenças significativas de ideais entre os grupos formados, os postulados teóricos (baseados nos princípios de superação do aparato manicomial) e da reforma do sistema sanitário na totalidade, são os pontos de interseção entre eles, sustentando o que os caracterizam como importantes movimentos da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Amarante (2007), o primeiro grupo – Psicoterapia Institucional e a Comunidade Terapêutica – se destacou por experiências que tinham como princípio uma reestruturação interna do ambiente asilar, acreditando que a solução para a crise da psiquiatria estava na forma de gestão e organização hospitalar. Nesse modelo, os internos tinham uma participação ativa, com o entendimento de que a função terapêutica era uma tarefa assumida por todos – sejam funcionários, familiares ou os próprios pacientes. De acordo com Amarante (1998), o diálogo e a frequente discussão dos modos de organização dos papéis da equipe e dos pacientes auxiliam no fortalecimento da relação entre eles e, também, a aumentar a percepção como comunidade.

A Psicoterapia Institucional, predominante na França e baseada no trabalho de François Tosquelles, foi influenciada pela psicanálise e pautada na hipótese de que em uma instituição todos estão doentes, devendo o tratamento ser estendido a todos que fazem parte do

ambiente hospitalar (Desviat, 2015). Conforme afirma Amarante (1998), este movimento tem por objetivo um resgate do hospital psiquiátrico como lugar com potencial terapêutico. Segundo o autor, o hospital psiquiátrico foi criado com o intuito de tratar e curar doenças mentais e que, quando abandonadas as práticas que desviavam essa finalidade, poderia voltar a ser eficiente e terapêutico, incluindo a participação e a construção coletiva (Amarante, 1998). Desviat (2015) afirma que “a psicoterapia institucional pode ser definida como um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais” (p.30).

A Comunidade Terapêutica tinha como principal representante o psiquiatra Maxwell Jones. Era adotada principalmente no Reino Unido, com fundamentos marcados pela democratização das opiniões, da tolerância e da participação ativa nas decisões administrativas (Desviat, 2015). De acordo com Amarante (2007), era um processo que continha uma luta contra a hierarquização dos papéis sociais, priorizando as atividades coletivas e a participação ativa da comunidade, inclusive nas decisões administrativas do hospital. Era predominantemente restrita ao ambiente hospitalar e tinha como objetivo transformar a dinâmica institucional asilar (Amarante, 1998). Para Jones (como citado em Amarante, 1998):

... o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição (p.29).

Tanto a comunidade terapêutica quanto a psicoterapia institucional foram marcos fundamentais para a reforma da estrutura manicomial, no entanto, não questionam a função social da psiquiatria, permanecendo a instituição hospitalar como única referência para o doente mental.

O segundo grupo – Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva – tinha por fundamento a superação do modelo asilar, acreditando que a instituição psiquiátrica não possuía mais condições de exercer uma função terapêutica (Amarante, 2007). A partir disso, indicavam a necessidade de um trabalho que incluísse o ambiente externo ao manicômio, com uma função de continuidade terapêutica. Defendiam o desmonte do hospital psiquiátrico e uma reconversão do uso de seus materiais e recursos para outras estruturas (Rotelli, 2015). Rotelli (2015) destaca que foi a partir das propostas deste segundo grupo que surgiu o conceito de “desinstitucionalização, que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental” (p.50).

A Psiquiatria de Setor foi um movimento originado na França no período pós-guerra, que tinha como principal fundador Lucien Bonnafé. Apresentava como ponto principal o entendimento de que era necessário levar a psiquiatria para a população, para que deixasse de ser exclusiva do ambiente hospitalar. Defendia que o paciente deveria receber tratamento dentro de seu próprio meio social, considerando o hospital apenas como ambiente transitório de tratamento (Amarante, 1998; Amarante, 2007). Para conseguir atingir êxito, o território era dividido geograficamente em setores, cada um com uma equipe fixa, responsável pelo tratamento dos pacientes tanto no período anterior quanto posterior ao internamento hospitalar. Amarante (2007) afirma que, com a aplicação da psiquiatria de setor, o objetivo era de promover uma maior aproximação entre os pacientes, aumentando o contato entre eles, favorecendo o surgimento de interesses em comum e a ampliação da rede de apoio e de vínculos. A psiquiatria de setor também trouxe o protagonismo do trabalho em equipe, que era visto como um dos pontos principais para o sucesso do tratamento (Amarante, 2007).

A Psiquiatria Preventiva, também conhecida por Saúde Mental Comunitária (Amarante, 2007), nasceu nos Estados Unidos na metade da década de 60, fundada por Gerald Caplan. O preventivismo, de acordo com Amarante (1998), tinha como proposta um estreitamento entre a doença mental e o distúrbio emocional, conjecturando que, quando identificados precocemente, poderiam ser prevenidos e erradicados – “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental” (Amarante, 1998, p.36). Com a prática de “busca de suspeitos”, ou seja, detectar pessoas que poderiam desenvolver uma patologia mental, a psiquiatria precisou incorporar novos saberes para além da medicina – conhecimentos sobre sociologia e psicologia – pois o indivíduo, a partir dessa perspectiva, não era entendido mais como só uma doença, mas como um ser bio-psico-social (Amarante, 1998). Caplan (como citado em Amarante, 2007), considerava a existência de três níveis de prevenção:

Prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e (ou) do meio;

Prevenção secundária: intervenção que busca a realização de diagnósticos e tratamento precoces da doença mental;

Prevenção terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria; (p.49).

Considerando tais conceitos, a psiquiatria preventiva tinha como objetivo tornar obsoleto o hospital psiquiátrico, a partir das ações preventivas e da implantação de centros de saúde mental – serviços de oferta de tratamento de maneira extra-hospitalar (Amarante, 2007).

Tanto a psiquiatria preventiva quanto a psiquiatria de setor trouxeram novas formas de questionamento sobre instituição hospitalar e o tratamento asilar: incluíram a importância da participação social e da ampliação da equipe atuante nessa esfera, também um novo projeto de promoção da saúde mental, não mais com foco no adoecimento – “Visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva” (Amarante, 1998, p.22). No entanto, de acordo com Amarante (1998), alguns pontos foram interrogados. Na psiquiatria de setor, houve uma resistência da população em aceitar os doentes mentais inseridos na comunidade, entendendo que existia uma resistência intrínseca que necessitava de um trabalho de desconstrução. Na psiquiatria preventiva, com a estratégia de detecção precoce, de acordo com Amarante (2007), propiciou um aumento da demanda psiquiátrica, seja para os serviços comunitários ou para o hospital, o que não solucionava a problemática imposta pela Reforma Psiquiátrica.

O terceiro grupo – Antipsiquiatria e Psiquiatria democrática – Amarante (2007) não considera como parte das reformas psiquiátricas gerais, pois, para o autor, o grupo representa um rompimento drástico com o modelo psiquiátrico tradicional. Compreendem uma ruptura e um olhar crítico para o saber e a prática psiquiátrica, “uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos” (Amarante, 1998, p.22).

A antipsiquiatria surgiu na década de 60 na Inglaterra. Amarante (1998) afirma que foi um movimento construído por psiquiatras do período, influenciados pelo marxismo e pela psicanálise, que julgavam as práticas adotadas nos hospitais psiquiátricos inadequadas para o tratamento da loucura. O movimento da antipsiquiatria propõe uma mudança radical na definição de loucura, que passa a ser definida não somente por doença mental, mas como fruto das normas sociais. Deste modo, tinha em vista encontrar uma confluência entre a loucura e a razão, compreendendo que ela não está dentro dos homens, mas entre eles (Amarante, 1998). Conjecturando o método terapêutico, compreendendo que não consideram a loucura como uma doença que precise de tratamento, o movimento prevê uma valorização do discurso, que não deve ser reprimido ou medicado, deve ser explorado com o auxílio de um grupo de apoio. A ideia principal propõe que a vivência da experiência seria, por si só, terapêutica; também que a expressão da desorganização interna promoveria uma possibilidade de reorganização interior (Amarante, 2007). As propostas da antipsiquiatria trazem, conforme aponta Amarante (1998), contribuições importantes para a desconstrução das tradições psiquiátricas do período, influenciando diversos movimentos posteriores.

A Psiquiatria Democrática, idealizada principalmente pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, é o movimento mais importante para nosso estudo, sendo o modelo que influenciou a Reforma Psiquiátrica brasileira e que obteve maior peso na construção das políticas públicas de saúde mental que descreveremos posteriormente. Portanto, abriremos um subcapítulo para expor a construção desse modelo de reforma, dada a relevância das propostas para a compreensão de nossa pesquisa.

2.2.1 Psiquiatria Democrática

Divergente das reformas que abordamos anteriormente, a psiquiatria democrática foi constituída no ano de 1973. No entanto, os primeiros vislumbres tiveram seu início na década de 60 na Itália – período em que os movimentos de reforma já estavam acontecendo por toda a Europa. No manicômio de Gorizia, um grupo de psiquiatras (dentre eles, o diretor do hospital Franco Basaglia) iniciou o processo de humanização inspirados nos modelos de Comunidade Terapêutica e na Psiquiatria de Setor, pautados na horizontalidade das relações, na democratização e na territorialização (Butti, 2015). Apesar de baseada em outros modelos, a psiquiatria democrática logo foi se diferenciando, considerando que nesses modelos já existentes alguns princípios não foram abandonados – dentre eles, a relação hierárquica entre médico e paciente e os fatores políticos presentes dentro da estrutura manicomial (Amarante, 1998). De acordo com Barros (1994), para os italianos, o questionamento dos modelos de reforma, principalmente o de Comunidade Terapêutica, promoveu reflexões importantes sobre as práticas institucionais adotadas, no sentido de que humanizar os manicômios não promovia alteração na relação de tutela e de custódia dos pacientes, nem uma alteração na normativa social da exclusão pela periculosidade. Assim, a aplicação das referências inglesas e francesas serviram de matriz para o início da Reforma Psiquiátrica na Itália, abrindo possibilidades e impulsionando a desconstrução do manicômio (Barros, 1994).

A experiência italiana, portanto, é vista como um movimento de confronto com a psiquiatria clássica, a busca de uma mudança no aparato psiquiátrico, um enfrentamento do cenário institucional (Amarante & Cruz, 2015). Para Amarante (1998), a tradição iniciada por Basaglia afirma a “necessidade de uma análise histórico-crítica” (p.47) na forma como a sociedade se relaciona com a diferença e com o sofrimento – a psiquiatria democrática é, antes de tudo, um movimento político.

A proposta de Basaglia e da psiquiatria democrática eram, primordialmente, uma confrontação dos aspectos conceituais da psiquiatria: sua função de controle social, os

interesses mercadológicos, a repressão articulada com a justiça e com a política (Amarante & Cruz, 2015). Por isso sua diferenciação das demais propostas de reformas, que visavam reformulações nos serviços e na hierarquização, sem a formação de um pensamento crítico a respeito dos meios de dominação e de poder que a psiquiatria detinha sobre a doença mental. De acordo com Amarante (1998), Basaglia compreendia que as práticas psiquiátricas tinham por premissa colocar o homem entre parênteses, para se preocupar com a doença que o acometia, intervindo, de maneira indecorosa, somente nos sintomas e ignorando todo o sofrimento provocado por tal ação. Diante desse cenário, a ideia basagliana era de uma redução analógica – não colocar o homem entre parênteses, mas a doença.

A despeito do avanço da reforma no Hospital de Gorizia, que criou ligações no campo social, político e sindical; promoveu uma melhora na qualidade técnica dos atendimentos; e questionou a real necessidade da existência do manicômio (percebendo que os pacientes só permaneciam internados por longos períodos por falta de condições econômicas e sociais); ela não pode, de fato, ser implementada (Barros, 1994). De acordo com Butti (2015), houve um impedimento a respeito da abertura das portas e libertação dos internos devido a uma lei instituída no ano de 1904, que determinava que só poderiam ser liberados do internamento os pacientes que fossem considerados curados. Frente a esse impasse, como afirma Barros (1994), Basaglia e os demais ativistas pediram demissão ao mesmo tempo, no ano de 1968, como forma de manifestação. Após um período afastado, em 1971 Franco Basaglia retoma seu projeto de implantação da Psiquiatria Democrática, agora no Hospital Psiquiátrico de Trieste – “Será esta experiência-piloto [em Gorizia] que, somada ao momento histórico e político em que vivia a Itália, possibilitaria a Basaglia e sua equipe realizar, em Trieste, uma nova experiência que marcaria os rumos da psiquiatria italiana até nossos dias” (Barros, 1994, p.63).

A implantação da Psiquiatria Democrática no Hospital de Trieste, conforme afirma Barros (1994), ocorreu de forma rápida e eficaz, sem resquícios do modelo de comunidade terapêutica, como em Gorizia. Nesse momento, o trabalho era voltado para a construção de uma “comunidade real” (p.63), eliminando o vínculo institucional – sendo, de acordo com Rotelli et al. (2001), a única reforma que aboliu o internamento psiquiátrico – e desfazendo a dicotomia entre saúde e doença para uma compreensão de que ambos são fenômenos da vida humana, que precisam estar em equilíbrio (Barros, 1994). A experiência em Trieste foi imprescindível para evidenciar a complexidade e a importância da transformação social defendida pela Psiquiatria Democrática. Com a desativação dos manicômios, novos serviços assistenciais foram criados, dentre eles, os Centros de Saúde Mental (CSM): com atendimento psiquiátrico de maneira territorial, serviço de internamento para momentos de crise e, também, cooperativas de trabalho,

para o sujeito poder ser novamente introduzido no mercado (Amarante, 1996). Os CSM constituem um dos elementos basilares da proposta da psiquiatria democrática. De acordo com Amarante (1996), são estruturas complexas, com uma gestão flexível, funcionamento 24h todos os dias da semana, e podem ser considerados “espaços de vida cotidiana” (p.107), lugar de tratamento, prevenção e reinserção social.

Conforme afirmam Rotelli et al. (2001), apesar da crítica radical ao manicômio e ao sistema psiquiátrico como um todo, a psiquiatria democrática não segue o mesmo caminho da Antipsiquiatria. Para os autores, o percurso da reforma italiana se propõe a ser mais complexo e indireto, seguindo o caminho da desinstitucionalização: o desmonte do conjunto de “aparatos científicos, legislativos e administrativos (precisamente a ‘instituição’)” (p.28), para retomar o contato com a existência do paciente. A estruturação da instituição deixa de ser voltada para o objeto doença, passando para o objeto existência, para o sofrimento do paciente e sua relação com o social (Rotelli et al., 2001). A desinstitucionalização, de acordo com Amarante (1996), pode ser pensada como um processo ético, no sentido do reconhecimento de um sujeito de direitos.

O modelo proposto por Basaglia instaurou uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica, retirando do médico a exclusividade sobre o fenômeno da loucura, adotando novas práticas para lidar com o sofrimento que não fossem por meio da violência, da segregação e da opressão, e devolveu ao homem louco os direitos como cidadão (Barros, 1994). O trabalho realizado no Hospital de Trieste na década de 70 promoveu uma reestrutura econômica, social e política, sendo o movimento da psiquiatria democrática o principal interlocutor na formulação de uma das principais legislações referentes a saúde mental na Itália: a Lei 180, sancionada em 13 de maio 1978 – símbolo da luta Antimanicomial e fruto de duas décadas de lutas e resistências (Goulart, 2008).

A lei 180 foi nomeada de Lei Basaglia, como reconhecimento de sua função e liderança, inspirada nas ideias e no trabalho desenvolvido por ele. Tinha como fundamento “a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle institucional sobre os loucos e a loucura” (Amarante, 1998, p.50), apresentando como principais propostas, de acordo com Amarante e Cruz (2015), a abolição da ligação entre doença mental e periculosidade social; a abolição dos hospitais psiquiátricos e a proibição da construção de novos hospitais (ou sua utilização como recurso terapêutico) (Goulart, 2008); a garantia jurídica aos pacientes psiquiátricos; e a não obrigatoriedade do tratamento (contando com o consentimento do paciente e a escolha sobre a terapêutica utilizada).

Podemos inferir que a psiquiatria democrática italiana foi imprescindível para a transformação de todo um sistema cultural e político, que enfrentou muitos desafios e teve resistência nos mais diversos âmbitos. Que mesmo após consolidadas as principais diretrizes, foi necessário um trabalho de implantação e de adaptação que perdurou por muitos anos, entendendo que no imaginário social o lugar do louco e da doença mental já estava arraigado e reconhecido desde o século XVII. A psiquiatria democrática recebeu destaque em nossa pesquisa por ter servindo de alicerce para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Como afirma Goulart (2008), o movimento inspirou os brasileiros na idealização de proposições para o campo da saúde mental e, considerando as adaptações necessárias para adequação da realidade, a lei 180 italiana foi a principal referência para a formulação do projeto de lei 3657 apresentado no ano de 1989 no Brasil – Lei 10.216 aprovada em 2001 – que descreveremos ao abordar as especificidades da Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Seguindo um percurso histórico, iniciaremos pela apresentação da construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, abordando a instauração das primeiras instituições no país, a influência das teorias internacionais, explanadas anteriormente, e a construção do lugar da loucura, demarcado pela exclusão e opressão. Também incluiremos os principais movimentos sociais e as legislações decorrentes das lutas antimanicomiais, que servirão de base para a compreensão da estruturação das políticas de saúde mental no Brasil.

Influenciados pelos modelos europeus, o primeiro hospital psiquiátrico foi fundado no Brasil no ano de 1841 no Rio de Janeiro, denominado de Hospício Pedro II, e inaugurado oficialmente somente em 1852 (Martins, 2019). É importante ressaltar que neste período (no regime Imperial), os hospícios não eram majoritariamente médicos, pois ainda estavam em expansão os ideais de Pinel. A predominância da religião nesses estabelecimentos permaneceu por longo período, sendo, inicialmente, considerados locais de caridade e de cuidados aos pobres e alienados – chamados de Santa Casa de Misericórdia (Oda & Dalgarrondo, 2005). De acordo com Oda e Dalgarrondo (2005), após a criação do Pedro II, vários outros estados foram inaugurando os espaços para alienados em períodos subsequentes, sendo que, no ano de 1865, já haviam mais cinco espalhados por todo o território brasileiro.

As primeiras legislações voltadas para o campo da saúde mental no Brasil foram criadas em 1841, consistindo em sua maioria atos de Dom Pedro II. De acordo com Silva e Holanda (2014), o hospital Pedro II foi, com o passar dos anos, incorporando o modelo

pineliano, baseado no isolamento, controle e vigilância dos pacientes. A Proclamação da República, no ano de 1889, foi concebido como um marco para a psiquiatria no Brasil, por esse período demarcar a instauração definitiva do tratamento moral de Pinel e a ascensão da medicina sobre as instituições psiquiátricas – que agora seriam separadas do caráter assistencialista (Heidrich, 2007). Com essa modificação, o Hospício Pedro II passou a ser denominado de Hospício Nacional de Alienados e administrado exclusivamente pelo Estado (Heidrich, 2007).

Desde a inauguração do primeiro hospício, em 1841, o número de internos foi crescendo progressivamente, assim como o fenômeno europeu, o que obtêm igualmente como consequência a baixa qualidade no tratamento e as condições precárias dos ambientes hospitalares, com um número gradativo de pessoas em pouco espaço físico. De acordo com Heidrich (2007), o que justificava a necessidade de hospitais para loucos no país era a remoção e a exclusão desse público das ruas, para sanear as cidades, o que se manteve, sem questionamento, por mais de 40 anos.

A partir do ano de 1900, a psiquiatria foi ganhando cada vez mais espaço e os alienistas brasileiros, de acordo com Amarante (2007), foram inserindo, gradualmente, as Colônias de Alienados no país. “As primeiras colônias brasileiras foram criadas logo após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro” (pp.39/40). Nos anos subsequentes, dezenas de colônias foram criadas, popularizando ainda mais o modelo alienista. Um dos nomes de destaque, responsável pelo avanço da psiquiatria no país, foi Teixeira Brandão (Brasil, 2008). Considerado o primeiro alienista brasileiro, Brandão foi diretor do Hospício Nacional de Alienados (antigo Hospício Pedro II) e a principal influência para a expansão das colônias. Em 1903 se tornou deputado federal e, com isso, conseguiu aprovar a Lei de Assistência aos Alienados – baseada nos princípios de Pinel e Esquirol (Heidrich, 2007). Conforme afirma Saiol (2016):

Tal decreto – que reorganizou a Assistência a Alienados – passou a fornecer as diretrizes para a implementação e a organização da assistência em todos os estados da federação. Definia assim suas atribuições, os procedimentos de admissão, as garantias individuais dos doentes mentais, os requisitos mínimos para a criação de asilos ou casas de saúde desta natureza e instituiu a criação de comissões de inspeção que seriam representantes do ministro do interior e sua função seria de fiscalizar os estabelecimentos de alienados, públicos ou privados, existentes no país (p.04).

Com a saída de Teixeira Brandão da direção do hospício para assumir o cargo de deputado, o médico Juliano Moreira foi nomeado como sucessor e permaneceu por quase três décadas – de 1903 a 1930. Moreira foi um dos responsáveis pelo fortalecimento da psiquiatria no país, com a modernização da teoria e da prática asilar (Oda & Dalgalarrodo, 2000; Silva & Holanda, 2014). Também difundiu a psiquiatria biomédica, baseada nos estudos de Kraepelin, acreditando que “o principal papel da psiquiatria estava na profilaxia, na promoção da higiene mental e da eugenia” (Oda & Dalgalarrodo, 2000). As transformações no discurso psiquiátrico propostas por Moreira tomavam como perspectiva que a doença mental atingia o indivíduo a partir dos componentes biológicos, sociais e psicológicos (Portocarrero, 2002). Com a inclusão destes elementos, houve uma abertura para o surgimento de novas classificações, novos diagnósticos e a noção de que a causalidade da loucura também deveria abarcar os desvios morais, pois estes levavam a comportamentos perigosos (Portocarrero, 2002).

Conforme afirma Portocarrero (2002), a propagação do modelo de Juliano Moreira inaugura um conhecimento científico da loucura pautado na noção de normalidade, tomando a periculosidade, a não sujeição a regras e a degeneração como intrínsecos à anormalidade. Deste modo, o hospício já não era mais o único lugar de intervenção da psiquiatria, pois, considerando que qualquer indivíduo possa ser um louco em potencial, passa a se preocupar, de maneira abrangente, com todos os comportamentos desviantes que podem desencadear uma doença mental (Portocarrero, 2002). A partir disso, pensando em uma separação criteriosa entre os vistos como doentes mentais e os indivíduos com comportamentos transgressores, que não poderiam ficar na cadeia junto com os demais delinquentes, foram criados os Manicômios Judiciários – “a penetração explícita da psiquiatria na Justiça” (p.103).

Outro ponto fundamental propiciado pela expansão da psiquiatria organicista no Brasil foi o surgimento do Movimento Higienista. Arelado ao movimento sanitário, que controlava as questões epidemiológicas de saúde, foi fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), da qual Moreira foi um dos principais influenciadores. A LBHM tinha como objetivo inicial a melhora na assistência aos doentes mentais no ambiente manicomial (Costa, 2007) e uma introdução da psiquiatria no campo do social (Santos, 1992). No entanto, de acordo com Costa (2007), com o aperfeiçoamento das diretrizes a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos tornaram-se as práticas psiquiátricas recorrentes. Os higienistas, ordinariamente, defendiam a relevância do papel desempenhado pela hereditariedade no surgimento da doença mental e, como forma de resolução e prevenção, eram necessárias adoções de medidas eugênicas (Costa, 2007). Conforme explica Costa (2007), a eugenia exercida pela psiquiatria estava ligada a uma higiene

psíquica – não atrelada inicialmente a questões raciais. “Seu objetivo era o de evitar a progeneração das doenças mentais que supostamente deveria herdar, de modo inexorável, a doença de seus descendentes...A eugenia, em sua etapa da higiene psíquica, interessava-se unicamente pelos indivíduos sãos e doentes” (pp. 57-58). Infortunadamente, conforme afirma o autor, os ideais do movimento higienista foram deturpados. Fortemente influenciados pela psiquiatria alemã do período, a noção de eugenia foi explorada pelo viés da necessidade de um melhoramento progressivo da raça a partir do embranquecimento da população:

O pensamento alemão permitiu aos psiquiatras participar da renovação cultural da sociedade brasileira, permanecendo psiquiatras. A eugenia foi, para eles, a maneira científica e psiquiátrica de resolver a confusão moral, racial e social onde se encontrava o Brasil, sem, no entanto, abdicar de sua posição profissional. A dimensão ideológica dos programas de higiene mental era escondida pela fachada de eugenia e as aspirações culturais dos psiquiatras eram, assim, plenamente satisfeitas (Costa, 2007, p.77).

Os efeitos e as consequências desse período da história da psiquiatria são importantes para a compreensão do lugar do louco e da doença mental na sociedade brasileira, influenciados pelas práticas disseminadas principalmente na Europa e que, mesmo após a aprovação da lei de assistência, dos avanços nos estudos e práticas médicas, permaneceu inquestionável a prevalência do isolamento, da hierarquia, da submissão, da disciplina, do controle, da repressão e da punição, defendidos pela sociedade da época.

Em 1941, sob o comando do presidente Getúlio Vargas, foi aprovada a lei 7.055, que determinava a criação de um órgão público para gerir toda a política de doença mental no país – o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) (Santos, 1992). A proposta de criação deste serviço tinha como fundamento a ampliação e alinhamento das práticas psiquiátricas em todo o território, sendo o primeiro diretor o médico Adauto Botelho. Conforme afirma Santos (1992), Botelho seguia os ideais pinelianos, defendia o modelo asilar e, na gestão do SNDM, implantou diversos Hospitais-Colônias (principalmente nas capitais) e inaugurou os serviços ambulatoriais.

Concomitantemente, neste mesmo período, estavam se intensificando os estudos sobre a atuação dos medicamentos psicotrópicos no tratamento da doença mental, que passaram a ser popularmente denominados de “camisas de força química” (Santos, 1992, p.46). Com a utilização desse novo recurso, houve uma mudança significativa no ambiente manicomial que, de acordo com Santos (1992), diminuiu a prática da violência e o uso de instrumentos de repressão (como correntes de aço). Para manter o controle do doente mental administravam antipsicóticos, pois estes deixavam os pacientes sedados e, conseqüentemente, menos

agressivos. A ampliação dos serviços psiquiátricos fez com que aumentasse expressivamente o número de leitos no país e, desse modo, a demanda de atendimento também aumentou – ao final dos anos 50, o Hospital Psiquiátrico de Juqueri, em São Paulo, somava mais de 13 mil pacientes internados (Guimarães et al, 2011).

Diante de todo esse processo de expansão e de reprodução das práticas segregadoras, precisamos destacar o trabalho desenvolvido pela médica psiquiatra Nise da Silveira. Era uma crítica severa dos métodos de tratamento adotados no período e, conforme descreve Martins (2019), em 1946 seu trabalho recebeu destaque dentro Serviço de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação da Colônia do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro (a colônia Engenho de Dentro foi inaugurada em 1911). A médica tinha como proposta a valorização das atividades artísticas e recreativas, recusando as práticas agressivas adotadas pelos seus pares (Martins, 2019). Apesar do trabalho precursor de Nise da Silveira, ela não obteve boa aceitação no meio psiquiátrico até a década de 80, sendo privilegiadas as novas práticas farmacológicas, alavancadas com a expansão da indústria farmacêutica, em detrimento das oficinas terapêuticas (Martins, 2019).

Com a devastação provocada pela Segunda Guerra Mundial e as denúncias concernentes às situações de violência e degradação dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos – conforme explicitamos anteriormente – em 1948 foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU). Constituída uma agência internacional destinada a monitorar, planejar estratégias e avaliar as políticas de saúde (Matta, 2005). Em 1950 a OMS divulgou uma resolução (para todos os países membros da organização) a respeito da necessidade de investimentos em saúde mental, para acolher a demanda do pós-guerra e, também, salientando sobre o alto custo dispensado no tratamento da doença mental, compreendendo que a modernização auxiliaria economicamente e propulsão a industrialização nos países em desenvolvimento (Santos, 1992; Arejano & Padilha, 2005).

Foi a partir desta resolução que a OMS revogou o uso dos termos Asilo, Hospício e Alienista, substituindo também a definição de saúde para “bem-estar físico, mental e social, ao mesmo tempo que substituiu o termo ‘doença mental’ por ‘saúde mental’” (Santos, 1992, p.48). Destarte, a deliberação referente aos investimentos econômicos oportunizou que a iniciativa privada ganhasse espaço neste campo que, até então, era prioritariamente administrado pelo Estado. É neste mesmo período, também, que em diversos países do mundo começam a surgir os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica, entretanto, de acordo com Amarante (1994), o Brasil ficou à margem durante muitos anos desse processo, que só começou a ser discutido

ao final da década de 70. Para o autor “muito deste insucesso deve-se à forte oposição exercida pelo setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde” (Amarante, 1994, p.79).

A assolação da assistência psiquiátrica no Brasil perdurou por muitos anos. A disputa entre os tratamentos públicos e particulares se intensificaram, pois o doente mental foi transformado em uma fonte de lucro para empresários do ramo da saúde (Guimarães et al, 2011). Em meio a esse confronto, na década de 60 foi instaurado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era um órgão administrado pelo Estado que concedia benefícios pecuniários e assistência médica para aqueles que estivessem empregados. É necessário acentuar que uma das principais diretrizes do INPS era a política de contratação de serviços terceirizados, o que favorecia ainda mais a lucratividade do setor privado. Conforme afirma Amarante (1994), os serviços psiquiátricos passaram a ser oferecidos em grande escala pelos hospitais particulares e a doença mental transformou-se em mercadoria.

Com o golpe de 1964 e a instituição da Ditadura Militar no país, houve uma reestruturação no modo de funcionamento do Estado. Agora, regido com base no autoritarismo, na centralização de renda e na limitação das políticas públicas, a situação da saúde mental declinou (Sampaio & Bispo Junior, 2021). A dicotomia entre a saúde pública e privada ficou ainda mais exacerbada, o sistema previdenciário passou a ser preponderante e, diante disso, dois cenários se destacaram: primeiramente, grande parcela da população ficou desassistida (por não se enquadrarem na cobertura de saúde ofertada pelo INPS); segundo, que os que faziam parte da cobertura oferecida eram encaminhados para o sistema manicomial privado, no qual o internamento psiquiátrico gerava lucro expressivo aos empresários (Sampaio, 2020). Sampaio e Bispo Junior (2021) ressaltam que no período ditatorial brasileiro emergiu a “indústria da loucura” (p.31), com a predominância da extrema carência, abandono e má qualidade dos hospitais tanto públicos quanto privados.

De acordo com Santos (1992), conseguimos ter um entendimento da dimensão dessa deterioração da saúde mental a partir do aumento significativo do número de internamentos psiquiátricos – em 1970 haviam 18.932 pacientes internados no país, desse montante, 15.766 eram em hospitais psiquiátricos privados; em 1977, com o INPS já fortalecido, a rede privada veio a contabilizar 200.000 internamentos. Segundo Amarante (1994), o Estado chegou na posição de designar 97% dos recursos financeiros reservados para a saúde mental para manter os internamentos particulares.

Ainda neste contexto, com os movimentos de Reforma Psiquiátricas já em expansão no exterior, foi na década de 70 no Brasil que começaram a surgir os primeiros sinais do modelo

da Psiquiatria Preventiva americana (Paulin & Turato, 2004). Baseado nos estudos de Caplan, “a influência das propostas preventivistas tornaram-se a referência maior de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que se tornava hegemônico” (Paulin & Turato, 2004, p.248). De acordo com Tenório (2002) e Paulin e Turato (2004), a chegada da psiquiatria preventiva nos debates sobre o tratamento da doença mental suscitou que algumas modificações pudessem ser implementadas no país, compreendendo que as principais diretrizes do movimento consistiam em uma psiquiatria de intervenção mais comunitária do que hospitalocêntrica, para prevenir o adoecimento, evitar os internamentos e o incentivo na formação de equipes multiprofissionais. Com a fragmentação dos setores públicos/privados e a falta de controle do Estado sobre os internamentos e sobre o número de pacientes no interior das Colônias, foi necessária a criação de um órgão estatal que realizasse a fiscalização, a coordenação e o planejamento das políticas de saúde mental (Santos, 1992). Nessa perspectiva, conforme afirma Santos (1992), foi instituída a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

A criação da DINSAM promoveu avanços significativos, reformulações e a implantação de práticas que, de acordo com Devera e Costa-Rosa (2007), foram pioneiras na área da saúde mental no Brasil. No entanto, a abertura para novos métodos e inclusão de novos profissionais foi o ensejo para a emergência de inúmeros fatos que, até então, eram publicamente ignorados – o tratamento desumano e as condições insalubres dos hospitais psiquiátricos. Mesmo com as restrições e empecilhos impostos pelos militares que governavam o país neste período, os trabalhadores que integravam a instituição conseguiram espaço para se posicionar e denunciar as diversas situações degradantes que estavam vivenciando, dentre elas: o trabalho em condições precárias, ameaças e violências contra eles e contra os pacientes, agressões, mortes que não tinham motivos específicos e, também, situações de estupro que ocorriam no interior do ambiente hospitalar (Amarante, 1995). Diante desse cenário, que, de acordo com Amarante (1995), ficou conhecido como “a crise do DINSAM” (p.51), os profissionais e estagiários de todas as unidades do órgão (cerca de 266 pessoas) deflagraram uma greve geral que, em seguida, culminou na demissão em massa desses trabalhadores.

Deste modo, a crise do DINSAM é concebida como o estopim para a implantação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ao mesmo tempo, foi um marco para a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que foi um movimento plural, composto por profissionais de todas as categorias e considerado o primeiro movimento da saúde que incluiu a participação popular (Amarante, 1995). Outro ponto importante para o fortalecimento da Reforma, conforme explicita Amarante (2020), foi a realização do I

Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1978. Consoante o autor, tal evento merece ser enfatizado por propiciar a vinda de diversos autores e personalidades de destaque internacional no campo da psiquiatria e das ciências sociais, dentre eles, Franco Basaglia. A participação do psiquiatra no Congresso, sobretudo, no mesmo período em que havia sido aprovada a Lei 180 na Itália, viabilizou o estabelecimento de vínculo entre ele e os militantes do MTSM, introduzindo seu pensamento crítico construído a partir das experiências em Gorizia e Trieste e influenciando ativamente nos debates nas universidades brasileiras (Amarante, 2020). O estreitamento dessa relação, em um momento de intensa agitação nacional, denúncias e quebra de paradigmas, favoreceu a difusão do pensamento basagliano no país.

Amarante (2020) explana que Basaglia retornou ao Brasil em outros momentos, perpassando por diversos estados e visitando hospitais psiquiátricos, para transmitir sua ideologia. Contudo, uma visita em específico teve grande impacto e reverberou uma intensa reação na imprensa e na sociedade – a visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em Minas Gerais. De acordo com o autor, “Basaglia considerou o hospital psiquiátrico que visitou na cidade era mais um ‘campo de concentração’ que qualquer coisa” (p.33). O Hospital de Barbacena, fundado em 1903, foi uma das maiores instituições psiquiátricas do Brasil e, também, cenário de incontáveis violências, torturas, descaso e morte. Conforme afirma Daniela Arbex, em seu livro *Holocausto Brasileiro* (2013), mais de 60.000 pessoas morreram no interior da Colônia durante seu funcionamento. No auge do movimento higienista, com a difusão dos ideais de limpeza social, o número de internamentos aumentou consideravelmente e a superlotação atingiu níveis alarmantes – chegando a ter 5.000 pacientes em um ambiente com capacidade para 200 (Arbex, 2013) – e, em decorrência disso, a precariedade, a insalubridade e a fome predominaram, até o período em que a Reforma Psiquiátrica começou a caminhar, no sentido de proporcionar mudanças significativas neste contexto.

A década de 80 foi marcada por diversas lutas no país, principalmente no campo político. Conforme relata Amarante (1995), a sociedade civil não estava satisfeita com a forma que os militares estavam governando e intensificaram as ações, visando reestabelecer um Estado democrático. Em novembro de 1983 foi dado início à campanha “Diretas Já!” (p.76) que resultou na eleição do primeiro governo da redemocratização (denominado de Nova República) (Amarante, 1995). Nos primeiros anos da Nova República, ocorreram inúmeros congressos, conferências e encontros voltados para a área da saúde como um todo – compreendendo que, paralelamente ao movimento de Reforma Psiquiátrica, também acontecia

a Reforma Sanitária no Brasil, que teve influência direta nessa, principalmente na construção de propostas e princípios que ambos defendiam a respeito da saúde pública (Melo, 2012).

Amarante (1995; 2020) ressalta dois movimentos que foram imprescindíveis para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica: o primeiro deles é a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu em Brasília em 1986. Conforme o autor, o ponto de destaque se deve ao fato de ser a primeira conferência que abrangia a participação popular e representantes das comunidades, sendo os encontros anteriores voltados exclusivamente para técnicos e profissionais. Outro fator importante da 8ª CNS foi o surgimento de uma nova concepção de saúde:

A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado – e permitiu a definição de alguns princípios básicos, como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram nova visão do Estado – como promotor de políticas de bem-estar social – e uma nova visão de saúde – como sinônimo de qualidade de vida (Amarante, 1995, p.77).

A 8ª CNS, conforme afirma Amarante (2020), possibilitou o desdobramento de diversas temáticas, como as questões de acessibilidade e da participação social na construção das políticas voltadas para a área da saúde. Este acontecimento é considerado o ponto germe para a ideação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo movimento elementar para a Reforma Psiquiátrica foi o II Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizado em 1987 na cidade de Bauru/São Paulo. Com destaque para a participação do MTSM – que buscava novas estratégias para os problemas relacionados à psiquiatria e a doença mental – o II CNSM foi inovador (Amarante, 1995). Contando com a participação ativa e engajada de lideranças municipais, usuários, familiares e técnicos, o Congresso foi a primeira manifestação pública que reivindicava a extinção dos manicômios e o enfrentamento da exclusão e da discriminação (Amarante, 1995). Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (p.81), o MTSM passou a perceber que não seria somente a transformação das instituições ou a modernização da psiquiatria que provocaria uma mudança significativa, mas sim a inclusão e participação ativa da sociedade nesses debates.

Neste momento, as propostas da Psiquiatria Democrática de Basaglia, os conceitos de desinstitucionalização e a reorganização dos serviços de saúde mental de maneira territorial, passaram a ser os referenciais dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no país (Amarante, 1995). Ainda no II CNSM, de acordo com Oliveira et al. (2011) e Amarante (2020), foi estabelecido o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, inspirado na Lei

Basaglia da Itália, visando convocar a população para uma reflexão sobre as práticas manicomiais e buscar um maior engajamento para o movimento.

Devido a essa essencial implicação nas conquistas em prol da saúde mental, o MTSM acabou se modificando com o tempo, deixando de ser um movimento de trabalhadores para se tornar um movimento social e, com isso, alterando o nome para Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Amarante & Nunes, 2018). Apesar dos percalços encontrados, como a falta de financiamento, repressões do governo e resistência em diversos âmbitos, foi um dos principais protagonistas da Reforma Psiquiátrica brasileira, operando ativamente nas denúncias das práticas manicomiais e buscando alternativas possíveis e coerentes para a substituição desse modelo psiquiátrico que, até então, era dominante (Amarante, 2020). A partir disso, de acordo com Amarante (2020), conseguiram implantar a primeira rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico na cidade de Santos/São Paulo – a criação, em 1987, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1989, do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

De maneira inicial, o projeto do CAPS foi definido para ser um serviço intermediário entre o hospital e a comunidade, composto por uma equipe multiprofissional, com o propósito de auxiliar os pacientes portadores de algum transtorno mental, a partir de atividades terapêuticas, a ter um convívio social e exercer sua cidadania (Amarante, 1995; 2020). A definição de CAPS é melhor construída e aperfeiçoada em termos de políticas públicas nos anos subsequentes e, por ser parte fundamental de nossa pesquisa, trataremos deste assunto de forma mais pormenorizada posteriormente nesta dissertação.

O NAPS foi instituído após uma das intervenções de maior visibilidade no processo da Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (1995; 2020) – o fechamento, em 1989, da Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP. A Casa de Saúde Anchieta era um hospital privado que estava em funcionamento há mais de 40 anos e, como explicitado anteriormente, era financiada pelo poder público, recebendo todos os pacientes que, em tese, necessitavam de tratamento (Tenório, 2002). Conforme afirma Tenório (2002), nos últimos anos de funcionamento do hospital haviam, em média, 470 internados para uma capacidade de 290. Após inúmeras denúncias relacionadas a maus tratos, abandono, mortes e superlotação, o poder público municipal realizou uma averiguação no local, confirmando, conseqüentemente, a veracidade das acusações e interditando o hospital. A experiência na Anchieta teve repercussão em todo o país, principalmente por ser a primeira ação de fechamento institucional, sendo implantado um dispositivo substituto no lugar, fruto da reivindicação da Reforma Psiquiátrica – o NAPS (Tenório, 2002).

Considerado uma rede alternativa de cuidados, o NAPS foi a primeira tentativa expressiva, desde o período do Império, de uma desospitalização do doente mental. De acordo com Guimarães et al (2011), era classificado como um serviço de atendimento 24h, com oferta de oficinas terapêuticas, projetos culturais e de geração de renda – para promover a reinserção social dos pacientes egressos dos internamentos prolongados. É um modelo inspirado na Psiquiatria Democrática italiana e, como afirmam Devera e Costa-Rosa (2007), os desdobramentos positivos da intervenção serviram para comprovar que era possível a adoção dessas práticas no Brasil.

Devido ao grande impacto da experiência de Santos/SP, tanto na mídia quanto no âmbito acadêmico, houve uma divulgação proeminente pela imprensa e a saúde mental ganhou destaque para além da esfera da saúde. Essa comoção, dentre outras áreas, também reverberou no campo jurídico e político, o que trouxe ganhos importantes para a Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2020). Nas palavras de Amarante (2020):

Em grande parte, devido ao impacto da experiência de Santos, foi apresentado, em outubro do mesmo ano de 1989, um Projeto de Lei (PL 3.657) de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços de saúde mental. Embora o projeto de lei tenha sido apresentado pelo deputado, o texto fora elaborado por um grupo de participantes do MTSM que, desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, vinha se debruçando sobre o mesmo (p.56/57).

Um ano após a aprovação da Constituição Federal, que garantia direitos relacionados a liberdade, igualdade, segurança e bem-estar social, foi enviado ao Congresso Nacional o projeto de lei n.º 3657/89, proposto pelo deputado do Partido dos Trabalhadores Paulo Delgado (Heidrich, 2007). De acordo com Heidrich (2007), o projeto possuía quatro artigos, voltados para a regulamentação dos internamentos compulsórios, a instalação de uma rede de saúde com dispositivos substitutivos a hospitalização e, considerado o principal ponto, o fechamento e a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos. No entanto, a tramitação do projeto entre o Congresso e o Senado durou cerca de 12 anos, sofreu modificações e, só posteriormente, foi aprovado – sendo retirado o ponto central da reivindicação: o fechamento dos hospitais (Heidrich, 2007). Apesar da morosidade e das dificuldades encontradas na homologação da lei, de acordo com Tenório (2002), somente o fato de ter sido apresentada e defendida pelos apoiadores da Reforma, provocou uma grande discussão referente ao tema, entre especialistas e comunidade, o que resultou em elaborações no campo político em diversos estados do país.

As transformações e as experiências positivas que a Reforma Psiquiátrica viabilizou no Brasil possibilitaram que um novo olhar para a loucura pudesse ser construído, um novo local social e a quebra de inúmeros padrões e preconceitos. Conhecer de forma aprofundada a história e o contexto político e econômico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, auxilia a compreender de forma mais abrangente o que foi (e ainda é) este processo, que se constituiu com base no enfrentamento e na busca por um tratamento mais justo e humano. Visamos demonstrar os obstáculos enfrentados pelos defensores da Reforma, tanto no Brasil quanto nos outros países, entendendo que qualquer mudança na área da saúde mental sempre provocou resistências, tanto por parte do Estado quanto por parte da população. Este percurso também proporcionou um panorama mais claro sobre a importância das políticas públicas na área da saúde mental, do movimento antimanicomial e da implementação dos serviços substitutivos. Dessa forma, entendendo que a questão central desta dissertação partiu da atuação clínica da pesquisadora em um dos serviços substitutivos conquistados pela Reforma, nos parece adequado apresentarmos, brevemente, como está estruturada a rede pública de saúde mental atualmente.

2.4 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) E OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Dando continuidade em nossa pesquisa, discorreremos sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – que são parte da RAPS – suas especificidades e a importância de cada dispositivo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

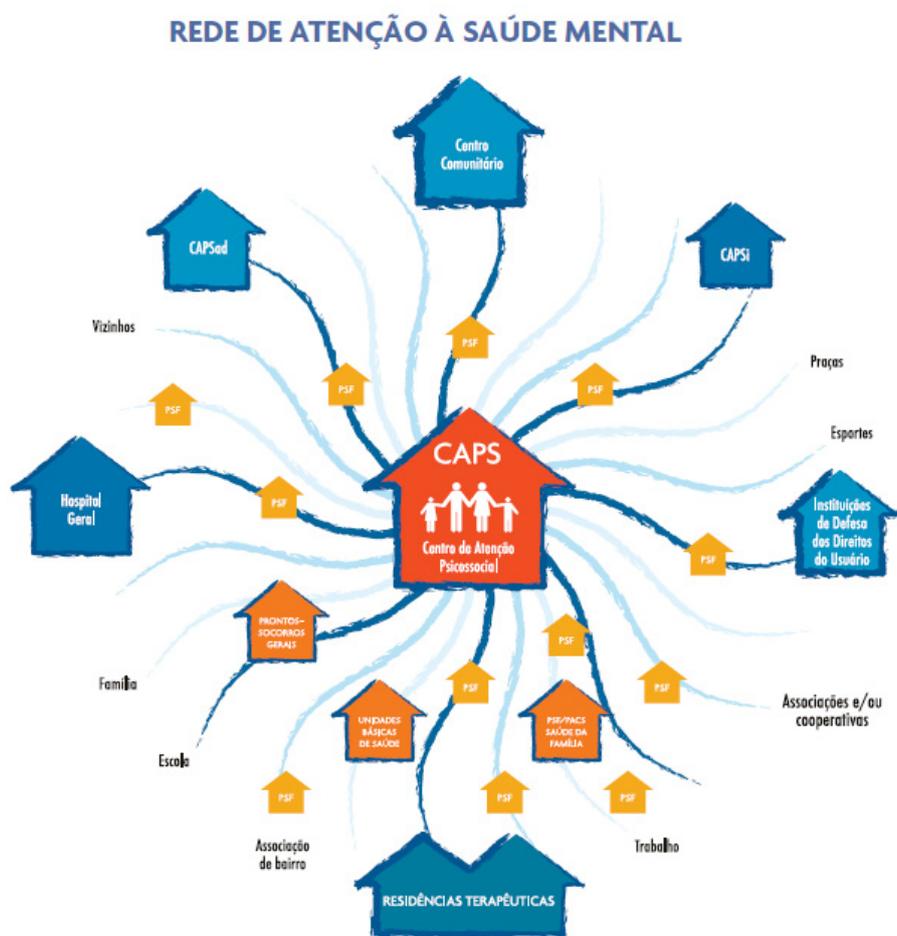
A Reforma Psiquiátrica brasileira, como vimos anteriormente, impulsionou o desenvolvimento de uma prática do cuidado em liberdade, a democratização e a descentralização das políticas de saúde mental, incentivando a participação ativa da população e buscando colocar no centro o sujeito e sua relação com a comunidade (Sampaio & Bispo Junior, 2021). No entanto, para que, de fato, fosse possível uma aplicação contundente dessas diretrizes, foi necessária uma estruturação dos serviços de saúde mental e uma articulação com os demais serviços do SUS. Para isso, foi implementada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS, segundo Sampaio e Bispo Junior (2021), tem por objetivo: integrar ordenadamente os serviços de saúde mental; articular estes com os demais dispositivos do SUS e com o território; possibilitar a corresponsabilização entre os diversos níveis de atenção; e

possibilitar o fluxo de cuidados de maneira facilitada. É destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Garcia & Reis, 2018). A RAPS é um instrumento criado para promover o cuidado integral à saúde mental da população, ancorada nos direitos humanos, que orienta a execução das ações através das redes intrasetoriais e intersetoriais (Paraná, 2014). Segundo Paraná (2014), foi instituída pela Portaria 3.088 de 2011 e fundamentada na Lei 10.216 de 2001, para atender as diversas demandas da população integralmente. É uma estratégia que se apresenta como aliada na superação do modelo hospitalocêntrico, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) um dos principais dispositivos da RAPS.

Em termos organizativos, o ordenamento da Atenção Psicossocial em cada Região de Saúde deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS: (1) atenção primária; (2) atenção psicossocial especializada [CAPS]; (3) atenção à urgência e emergência; (4) atenção residencial de caráter transitório; (5) atenção hospitalar; (6) estratégia de desinstitucionalização; (7) reabilitação psicossocial (Macedo et. al, 2017, p.157).

FIGURA 1 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



FONTE: Ministério da saúde, 2004.

De acordo com Garcia e Reis (2018), a RAPS possui diretrizes essenciais para seu funcionamento, dentre elas, elencamos algumas principais: o respeito aos direitos humanos e liberdade; combate ao preconceito; garantia de acesso integral aos serviços; atenção humanizada; promoção de estratégias de redução de danos e de educação permanente. Para que a RAPS siga as diretrizes propostas, é necessário que todos os serviços estejam articulados, realizando o acolhimento, o acompanhamento e os encaminhamentos dos usuários³, respeitando os preceitos do SUS (Garcia & Reis, 2018).

A construção de uma rede nos territórios para a articulação dos serviços e promoção de cuidados foi, de acordo com Brasil (2005), primordial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com base comunitária, possibilitaram que a pessoa em sofrimento mental conseguisse reconquistar sua autonomia. Nessa perspectiva, como afirmam Quinderé et. al (2014), a RAPS, assim como o sistema de saúde como um todo, funciona de modo circular, sem pontas específicas de entrada ou saída, sem gradação hierárquica, horizontalmente; pois precisa funcionar conforme a necessidade de cada usuário, de maneira dinâmica e contínua. A base do trabalho se constituiu a partir de fluxos, de processos interligados por vários agentes sociais. Lima e Guimarães (2019) apontam que, apesar das fragilidades e algumas precarizações, a rede de atenção em saúde mental e psicossocial no Brasil obteve êxito em sua estruturação. Segundo as autoras, fazendo uma análise desde o período em que foi aprovada a lei 10.216, houve uma progressão na acessibilidade ao cuidado do usuário, uma redução nos leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de serviços substitutivos e uma expansão na regionalização.

Considerado o principal serviço substitutivo, o CAPS possui papel estratégico na RAPS. De acordo com o Ministério da Saúde (2004), é responsável por articular e regular a rede de saúde mental, atuando diretamente em conjunto com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais serviços, promovendo e direcionando as políticas e estratégias de saúde mental no território em que está inserido. Abordaremos mais detalhadamente sobre esse tema no próximo subcapítulo.

2.4.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

3 O termo Usuário, de acordo com Amarante (2007), foi introduzido pela lei 8.080 de 1990 – lei que fundou o Sistema Único de Saúde (SUS) – para designar aquele que usa. Na cartilha *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*, formulado pelo Ministério da Saúde (2008), o termo usuário possui um significado mais abrangente, que envolve o paciente, o acompanhante, os familiares, os trabalhadores e os gestores do SUS.

Iniciado o processo de desinstitucionalização e de desconstrução do modelo hospitalocêntrico, o CAPS foi uma das principais estratégias encontradas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foi estruturado (em um primeiro momento) como serviço intermediário entre o hospital e a comunidade, porém, após sua regulamentação – com a portaria GM 224/92 e 336/02 – passou a ter o papel de articulador e regulador da rede de saúde mental (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com Tenório (2002), “tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira” (p.39).

Os CAPS são, em sua essência, instituições de acolhimento, tratamento e apoio diário para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, também para dependentes de álcool e outras drogas, abrangendo todas as faixas etárias. Tem como característica principal oferecer atendimento multiprofissional para promover a integração social e familiar de maneira territorial – na comunidade onde o paciente e/ou a família residem (Ministério da Saúde, 2004). Constituem um dos principais dispositivos para a redução dos internamentos hospitalares, que é uma das estratégias implantadas a partir da Reforma.

As práticas do CAPS envolvem uma construção entre a equipe, o usuário e a família, realizado em ambiente acolhedor em regime de porta aberta (Ministério da Saúde, 2015). De acordo com o Ministério da Saúde (2015), o cuidado é desenvolvido por intermédio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento que abrange a história de vida do paciente, sua cultura, projetos de vida e objetivos que ultrapassam os limites do serviço, compreendendo um processo de acompanhamento longitudinal entre os diversos dispositivos da rede como um todo. Nesse sentido, o trabalho realizado pelos profissionais deve ser pautado em um modelo de clínica ampliada, com a oferta de diferentes atividades terapêuticas, para além das consultas individuais (Ministério da Saúde, 2004).

Dentre as atividades realizadas, os principais recursos terapêuticos, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), são: os atendimentos individuais: para acolhimento, situações de crise, prescrição de medicação, orientações; os atendimentos em grupo: oficinas terapêuticas, expressivas, culturais, de geração de renda, de suporte social, adequadas conforme a realidade de cada região; o atendimento familiar: que envolve atendimentos individualizados, reuniões, visitas domiciliares; as atividades comunitárias: que tem como objetivo a troca social, a integração do usuário com a comunidade; e as assembleias: atividade semanal que envolve técnicos, pacientes, familiares e pessoas da comunidade, para discussão sobre os problemas e possíveis melhorias no serviço.

A partir da Portaria 336 de 2002, os CAPS foram organizados em diferentes modalidades, para favorecer o enquadre consoante a realidade de cada população. Independente da especificidade de cada um, todos os serviços cumprem a mesma função – de prestar atendimento a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. As modalidades, de acordo com o Ministério da Saúde (2015) são:

CAPS I: Atendimento a pacientes de todas as faixas etárias com intenso sofrimento psíquico, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios com população acima de 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a pacientes adultos, com intenso sofrimento psíquico, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Oferta de retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. Indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes.

CAPSad: Atendimento a pacientes de todas as faixas etárias com intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

CAPSad III: Atendimento a pacientes de todas as faixas etárias. Serviço com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios com população acima de 150 mil habitantes.

CAPSi: Atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios com população acima de 70 mil habitantes.

Todos os CAPS possuem uma equipe multiprofissional, com diferentes técnicos de nível médio e superior, sendo a quantidade definida de acordo com cada modalidade e com a necessidade de cada região. A partir da definição do Ministério da Saúde (2004), os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos ou outros necessários para as atividades oferecidas. Os profissionais de nível médio são: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Também contam com auxiliares de serviços gerais e cozinha.

De acordo com o *Manual dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento* (2015), as ações do CAPS podem ocorrer de diversas maneiras, coletivamente, em

grupo, individual, familiar ou comunitária. Dentre as principais estratégias, elencamos as mais frequentes:

Acolhimento inicial: É o primeiro atendimento realizado no serviço. O paciente pode buscar atendimento por demanda espontânea ou referenciada – encaminhado por outros serviços de saúde, incluindo as situações de crise no território. Consiste em uma escuta qualificada e visa compreender as demandas e construir o vínculo terapêutico inicial.

Atendimento individual: Visa a elaboração do PTS ou considerado um dos recursos derivados deste, devendo atender às necessidades de cada paciente.

Atenção às situações de crise: Ações de manejo de situações de crise, entendidas como um suporte frente aos conflitos relacionais do paciente e vivências que causam intenso sofrimento e desorganização. Exige uma escuta atenta do profissional, para que este possa compreender e mediar os possíveis conflitos, favorecendo a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: Atividades realizadas coletivamente, com o objetivo de promover a sociabilidade, intermediar relações, possibilitando a construção de uma experiência compartilhada, promoção de autonomia e exercício de cidadania.

Atendimento para a família: Acolhimento individual ou coletivo dos familiares, possibilitando o vínculo e a corresponsabilização no cuidado com o paciente, propiciando o compartilhamento possível de experiências e de informações.

Atendimento domiciliar: Ação desenvolvida na casa ou na comunidade do usuário e/ou de seus familiares, com o intuito de compreender seu contexto social e suas relações.

Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares: Atividades com o objetivo de fomentar a participação dos pacientes e familiares nos processos de gestão da rede, como em Conselhos e Conferências. A assembleia é uma estratégia considerada fundamental para a efetiva participação do paciente nas decisões dos CAPS, fortalecendo o protagonismo de usuários e de familiares.

Matriciamento de equipes dos pontos de atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência: Apoio presencial ou virtual às equipes de saúde, oferecendo suporte técnico para melhor condução do cuidado em saúde mental. É realizado por meio de discussões de casos, do atendimento compartilhado e de ações no território, contribuindo com o processo de corresponsabilização do PTS.

Ações de redução de danos: Práticas e ações que buscam minimizar danos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliando o acesso dos pacientes aos diversos pontos de atenção, mesmo para aqueles que não estão incluídos no sistema de saúde.

2.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

É importante salientar que, da maneira como foram estruturados os CAPS e a Rede como um todo, elas fornecem subsídio para que os pacientes com transtorno mental consigam ter uma autonomia, exercer sua cidadania e ter uma vida em comunidade. Que o modelo hospitalocêntrico, com seus hospitais psiquiátricos transformados, tem perdido o protagonismo frente às novas possibilidades oferecidas e, assim, a psiquiatria tem encontrado, neste modelo proposto, uma viabilidade possível, sem a necessidade de longos internamentos, sem violência e segregação.

Nesse sentido, cabe acentuar que, apesar das dificuldades e desafios encontrados em um serviço público de saúde mental, frente a uma recente Reforma Psiquiátrica, é possível descobrir caminhos que nos ajudam a romper essa lógica segregadora, repleta de estigmas e preconceitos – romper a lógica manicomial. Em nosso caso, particular, acreditamos que a psicanálise nos auxilia a manter essa proposta atuante.

Oferecer uma escuta singular aos pacientes, perceber os conflitos e as satisfações inconscientes envolvidos nesse modo de funcionamento, nos fez questionar se não estaríamos lidando clinicamente com os desdobramentos de um modo de funcionamento pulsional. Esse funcionamento, que estaria sustentando a busca repetitiva de uma satisfação autodestrutiva, acaba desencadeando um sofrimento intenso e uma disfunção vivencial. Assim, os próximos capítulos da dissertação procurarão apresentar como a construção da teoria pulsional foi se estabelecendo ao longo da obra de Freud.

3 OS PRELÚDIOS DA PULSÃO

A teoria pulsional não se limita a uma questão teórica. É um constructo relacionado aos principais temas psicanalíticos e que, apesar de ter passado por diversas modificações (conforme os desdobramentos da clínica de Freud), conserva-se como central para o funcionamento da vida psíquica, permanecendo também como base para a psicanálise (Hanns, 1999). Visando avançar nosso estudo sobre o tema, foi necessário fazer um retorno aos escritos iniciais de Freud, buscando trilhar as questões fundamentais que o autor foi apurando no decorrer de sua clínica. Para isso, neste capítulo, daremos seguimento à pesquisa utilizando o Índice remissivo por volume, da *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, publicado pela Imago Editora (1996), especificamente os volumes I, II e III, nos quais estão inclusos os escritos entre os anos de 1886 e 1899.

Elegemos algumas palavras-chave cujo significado sugerisse o mecanismo pulsional. É importante salientar que, de acordo com Roudinesco e Plon (1998), nesse período, Freud ainda não havia definido o conceito de Pulsão (*Trieb*), sendo a definição geral inserida somente em 1905. A partir desse momento, em essência, permaneceu inalterada mesmo após reelaborações.

Por ser considerada uma exigência de trabalho ao aparelho psíquico, uma “carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem” (Roudinesco; Plon, 1998, p. 628), conseguimos deduzir que a construção realizada por Freud emergiu a partir de uma tentativa de desvendar, no tratamento de seus pacientes, o modo de funcionamento do psiquismo e, também, de que maneira este se organizava para suscitar os fenômenos observados na clínica. Deste modo, elegendo o ponto inicial para a investigação do conceito de pulsão a partir do que o autor erigiu sobre os fenômenos energéticos, destacamos as seguintes palavras: *catexia; descarga; estímulo; impulsos; energia; quantidade; pulsão*.

Em um primeiro momento, foi possível observar, retornando aos escritos dos volumes citados, que nem todos os termos se encontravam em um mesmo artigo ou texto, demonstrando que a questão energética era um tema muito presente nas teorizações de Freud da época. Posteriormente, observando de maneira mais atenta os escritos indicados, algo que pode ser destacado é o fato de que a maioria das palavras-chave estavam concentradas no artigo *Projeto para uma psicologia científica*, redigido em 1895, confirmando a importância das ideias apresentadas no texto para o tema abordado.

Esse período designado para as primeiras construções da pesquisa é fundamental para vislumbrar o desenvolvimento da teoria freudiana, partindo do pressuposto de que para

compreender com clareza a teoria pulsional seja necessário um entendimento das formas de funcionamento do aparelho psíquico, bem como de seus desdobramentos ao longo da trajetória conceitual alicerçada por Freud.

Trilharemos os caminhos percorridos pelo autor para a construção da teoria pulsional partindo de uma leitura aprofundada dos três primeiros volumes da *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (1996). É possível deduzir, tendo como base estas primeiras publicações, que Freud enfrentou inúmeros conflitos e desafios, procurando, ao mesmo tempo, se ajustar e se destacar em relação aos grandes mestres da época. Sublinhamos o quanto o pensamento de Freud é destoante, pautado em questionamentos e reflexões que fogem do pensamento amplamente difundido na comunidade científica e que, com o encontro de percalços e a busca por respostas baseadas na clínica, se fez possível uma pesquisa em psicanálise. E somente assim o autor conseguiu lançar luz à teoria psicanalítica, reforçando o método adotado para nossa pesquisa.

Portanto, o objetivo desse capítulo é compreender como Freud construiu a teoria pulsional como circuito energético a partir dos artigos pré-psicanalíticos. Para orientar o leitor sobre a trajetória percorrida, dentre as diversas obras e artigos publicados entre 1886 e 1899, elegemos três principais: *Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess* (in Masson, 1986), *Estudos sobre a Histeria* (Breuer & Freud, 1893-1895/2016) e o *Projeto para uma Psicologia Científica* (Freud, 1895-1950/1996)⁴, que serão tomados como fio condutor para o desenvolvimento deste capítulo, considerados, a partir de uma leitura prévia, como primordiais para entender os principais desdobramentos teóricos freudianos. Também utilizaremos como principal comentador o autor Garcia-Roza, para nos amparar no desenvolvimento de alguns pontos fundamentais da obra.

Outro ponto primordial para a compreensão da teoria pulsional é o entendimento do funcionamento do aparelho psíquico. De acordo com Pinho (2021), o *Projeto* de 1895 é considerado uma primeira tentativa de Freud de uma construção de modelo de aparelho psíquico. Entretanto, a partir da leitura dos artigos do período citado, é possível inferir que em 1891 Freud já estava se questionando sobre como este se organizava, quando propõe no texto *Sobre as concepções das Afasias* (1891/2014) a existência de um aparelho de linguagem.

⁴ De acordo com Strachey (1996a) o *Projeto* também faz parte das cartas de Freud enviadas a Fliess, escrito entre setembro e outubro de 1895. Ele foi editado como um artigo separado por apresentar um conteúdo bastante autônomo e complexo.

Portanto, um recorte sobre a concepção do aparelho de linguagem foi inserido para auxiliar na compreensão do raciocínio utilizado como fundamento da pesquisa.

Para melhor trabalhar estes pontos destacados, desdobramos o capítulo em três subtópicos, sendo o primeiro relacionado aos estudos iniciais de Freud, ao afastamento das teorias localizacionistas e dos principais autores de seu tempo, pautando o pensamento nos estudos com Charcot na clínica da histeria. O segundo será voltado para o percurso de Freud, em interlocução com Breuer, sobre as descobertas a partir das observações clínicas do funcionamento energético; e o terceiro, concentrado nas questões abordadas no *Projeto*, destacado anteriormente como ponto primordial ao qual Freud se detém a explicar as questões de funcionamento energético do aparelho psíquico.

3.1 ESBOÇO DA PULSÃO COMO ENERGIA

A problemática da questão energética como ponto primordial de funcionamento do aparelho psíquico foi anunciada a Fliess (Masson, 1986), médico otorrinolaringologista com o qual Freud trocou correspondências entre 1887 e 1904. Nesse momento, a partir da leitura prévia dos textos, é possível depreender que Freud estava envolvido com os desdobramentos sintomáticos da neurose histérica e obsessiva, às quais dedicou muitos anos de estudo.

Ainda neste mesmo período escreveu o artigo *Sobre as concepções das Afasias: um estudo crítico* (1891/2014), dedicado ao seu colega de trabalho e amigo Joseph Breuer, com o qual Freud trabalhou durante muitos anos. Na carta de 02 de maio de 1891 (Masson, 1986), Freud escreve a Fliess a respeito de suas expectativas e do possível impacto que seu artigo sobre a patologia poderia causar. Entende que estaria adentrando em pontos incomodativos; entretanto, persistiu e apostou no que a prática clínica estava corroborando:

Dentro de poucas semanas, darei a mim mesmo o prazer de enviar-lhe um pequeno livro sobre a afasia, pelo qual eu próprio nutro um sentimento caloroso. Nele, sou muito despudorado, terço armas com seu amigo Wernicke, com Lichtheim e Grashey, e chego até a arranhar o poderosíssimo ídolo Meynert. Estou muito curioso de ouvir o que o Sr. terá a dizer sobre esse esforço. Em vista de seu relacionamento privilegiado com o autor, parte dele há de soar-lhe familiar. O artigo, aliás, é mais sugestivo do que conclusivo (p. 28).

No artigo sobre as afasias, Freud (1891/2014) faz uma crítica radical aos modelos localizacionistas da época, principalmente as doutrinas de Wernicke e Lichtheim, que consideravam as funções do sistema nervoso anatomicamente limitadas a uma região do córtex

cerebral. Freud (1891/2014), ao defender sua teoria, descreve o que denominou de aparelho de linguagem – ideia relevante para o posterior desenvolvimento da concepção de aparelho psíquico, aprofundado na obra freudiana somente em 1900.

De acordo com Coutinho Jorge, no texto *Das afasias à histeria* (2014), o livro sobre as afasias de Freud é o primeiro das obras designadas como pré-psicanalíticas, concebido como uma “verdadeira ponte entre a neurologia e a psicanálise” (p.07) e demarca a mudança do pensamento freudiano, que era seguidor das doutrinas de Charcot e Meynert, para o pensamento a partir de um ponto de vista clínico. No estudo com as pacientes histéricas de Charcot, em Salpêtrière, Freud passou a perceber a soberania da clínica frente aos estudos teóricos. Também neste mesmo espaço de tempo, entre 1886 e 1891, se dedicou a diversas áreas de investigação, tendo, além dos autores citados anteriormente, estudado também “a sugestão com Bernheim, o método catártico com Breuer, a neurastenia com Fliess” (Jorge, 2014, p.08).

Afasia é um distúrbio de memória no qual há perda de funções associadas à linguagem. Freud (1891/2014) apresentava objeções às pesquisas realizadas em torno do tema, pois observava em seus pacientes contradições importantes e que precisavam ser repensadas. Questiona duas principais hipóteses bastante difundidas: uma relacionada à localização e outra à função da linguagem. Freud (1891/2014) defende a hipótese de que não é possível basear a extensão e as peculiaridades das habilidades motoras e psíquicas da linguagem somente pelas regiões cerebrais. Também que as funções da linguagem se baseiam em uma complexidade que está além da compreensão, não entendendo como possível incluir as funções psíquicas mais complexas a algum local específico do cérebro. Acreditava na possibilidade da existência de um aparelho de linguagem, uma estrutura que fosse coesa, com processos e fatores tópicos e funcionais envolvidos.

Ponto considerado importante a ser destacado deste artigo para a presente pesquisa é o que Freud (1891/2014) atribui como sendo uma influência de Charcot em seus estudos – relacionada a preferência de algumas associações. Explica que na linguagem existem direções associativas, conexões, que exercem suas funções, sendo ativadas quando necessárias, deixando uma marca no córtex. Esses caminhos são marcados “no momento da aprendizagem dos desempenhos da linguagem” (p.117), ou seja, quando aprendemos a falar. Isso explica a incógnita de que, ao realizar o estudo nos pacientes com afasias, Freud percebia respostas diferentes em relação a lesões que, a princípio, eram semelhantes, abrindo a possibilidade de um novo campo de estudo.

A partir de uma leitura aprofundada sobre o texto, foi possível deduzir que tal afirmação – de caminhos que deixam marcas sem estarem relacionados a uma lesão localizável – pode ser

considerada ponto germe da formulação da noção de barreiras de contato e facilitações, que serão explanadas mais adiante em nosso estudo, ao aprofundar sobre os caminhos utilizados pelos neurônios durante o processo de descarga de excitações.

Garcia-Roza (2014), ao tecer comentários ao artigo sobre as afasias, coloca em evidência que o escrito de Freud antecipa alguns pontos importantes da teoria mesmo de maneira superficial, como a questão dos atos falhos, condensação e deslocamento. Contudo, deixa claro que:

O texto de Freud é um texto de neurologia. O que podemos dizer é que, enquanto texto de neurologia, ele dá lugar a questões que ultrapassam em muito as da neurologia da época, e que aponta para uma problemática que não é mais, sequer, a da própria neurologia, mas que também não é a da linguística, e sim da psicanálise (p.136).

Diferentemente do que apontavam as teorias da época, o que Freud conseguiu decantar foi que os distúrbios de linguagem não estavam limitados a lesões locais neurológicas, que ações e efeitos intensos no organismo também tinham o poder de produzir sintomas (Garcia-Roza, 2014).

3.2 A ESTRUTURAÇÃO DAS VIAS ENERGÉTICAS A PARTIR DA CLÍNICA DA HISTERIA

Partindo de uma leitura cuidadosa e minuciada dos artigos freudianos, é possível inferir que foi em seus estudos com Josef Breuer, no trabalho com as histéricas, que Freud pôde dar um salto em relação à elaboração de sua teoria do funcionamento mental e adentrar a estruturação dos circuitos energéticos. Escreveram, em conjunto, o livro *Estudos sobre a Histeria*, datado de 1893 a 1895, em que utilizavam o método catártico como método de tratamento da neurose histérica.

Em *Comunicação Preliminar* (1893/2016), texto assinado pelos dois autores, evidenciam o abandono da teoria da sugestão, amplamente utilizada por Charcot e pelos médicos que haviam sido seus tutores, para a aplicação do método catártico – no qual o paciente, sob efeito da hipnose, conseguia recordar do acontecimento que levou ao surgimento do sintoma histérico. Após trazer para a consciência a lembrança e o afeto envolvido na cena do trauma, o paciente precisava colocar em palavras (ab-reagir) para que ocorresse uma correção associativa e, conseqüentemente, a eliminação do sintoma (Breuer & Freud, 1893/2016). Para os autores, os denominados ataques histéricos são frutos de afetos e restos de excitação que seriam incompatíveis para o sistema nervoso, gerando um trauma. Nas palavras de Freud:

“Consideramos os sintomas histéricos como afetos e restos de excitações que atuaram sobre o sistema nervoso como traumas. Tais resíduos não subsistem quando a excitação original foi eliminada por ab-reação ou trabalho de pensamento” (Breuer & Freud, 1893/2016, p.128).

Em relação ao caso da paciente Emmy Von N, publicado nos *Estudos sobre a histeria*, Freud (1893-1895/2016) nos afirma ter sido o primeiro em que utilizou o método catártico. Ela era acometida por diversos sintomas, dentre eles, dificuldades na fala, tiques, espasmos motores, dores nas pernas, medo intenso de pessoas desconhecidas, alucinações e pavor de animais, etc. De acordo com Brida e Ramos (2015), este caso é bastante notório devido à maneira como Emmy reagia às tentativas de hipnose de Freud, sendo considerada a pessoa que fez com que o autor aprendesse a importância de escutar o que o paciente tem a dizer, sem interrupções.

A Sra. Von N., de maneira contundente, exigia que Freud a deixasse falar e, quando ele não consentia, ela encerrava as associações da sessão (Freud, 1893-1895/2016). Esse exemplo demarca uma das dificuldades que o autor encontrava com o método criado por Breuer, sendo fundamental para a constituição posterior do método da associação livre. Outro ponto significativo que Freud insere nos *Estudos sobre a histeria*, ao refletir sobre este caso em particular, são algumas especificidades do funcionamento energético do aparelho psíquico. Na epícrise do caso da Sra. Von N, escreve:

Aqui, não é mais possível deixar de tomar em consideração quantidades (ainda que não mensuráveis). Deve-se conceber o processo como se uma soma de excitação, chegando ao sistema nervoso, fosse convertida em sintoma permanente, na medida em que não tenha sido utilizada para ação externa na proporção de seu montante. Estamos acostumados a observar na histeria que uma considerável ‘soma de excitação’ [grifo do autor] do trauma se transforma em puro sintoma corporal. É esse traço da histeria que, por tanto tempo, impediu sua concepção como afecção psíquica (Freud, 1893-1895/2016, p.128).

As saídas somáticas da histeria – a conversão do que é psíquico para o físico – podem estar relacionadas com os caminhos facilitados no aparelho psíquico. É possível deduzir tal afirmativa também a partir do caso clínico de Elisabeth Von R., outra paciente de Freud dos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016), que impôs um novo desafio a ele. A Sra. Von R. foi uma das pacientes na qual a técnica da hipnose não produziu efeito – ela não era hipnotizável – o que motivou o autor a buscar uma nova forma de conduzir a análise, utilizando, a partir de então, a pressão da mão sobre a cabeça e solicitando que ela dissesse a primeira coisa que lhe ocorresse (Freud, 1893-1895/2016). Posteriormente, Freud faz uma descrição dos

questionamentos promovidos e as mudanças alcançadas na técnica analítica fundamentados em sua prática clínica com a histeria.

O que conseguimos extrair, tomando como base o caso de Elisabeth e realizado uma leitura prévia do *Projeto* (1895-1950/1996), é a reflexão de que o comportamento histérico se aproxima do comportamento comum de todas as pessoas. O que podemos considerar como ponto diferencial é o fator quantitativo: “quanto dessa tensão afetiva uma organização suporta” (Freud, 1893-1895/2016, p. 250).

As dores somáticas, que exacerbaram após situação traumática, para Freud (1893-1895/2016) não eram desconhecidas de Elisabeth – ela já havia vivenciado anteriormente tal sintoma como uma doença real. Esse caminho ficou marcado em seu psiquismo e, posteriormente, intensificado pela neurose. A dor, que foi inicialmente sentida como física, se tornou símbolo mnêmico para a excitação psíquica, pois “onde não há ligação tão abundante, ali não se forma nenhum sintoma histérico” (p.252).

Breuer (1893-1895/2016), compartilhando das descobertas em conjunto com Freud, escreve suas *Considerações Teóricas* a respeito da histeria, visando fundamentar de modo mais detalhado as concepções que teceram inicialmente em *Comunicação Preliminar* (Breuer & Freud, 1893/2016). A relevância das ideias de Breuer para a presente pesquisa se dá a partir da explicação do funcionamento energético, no qual o autor utiliza metáforas para exemplificar a condução de energia que ocorre no interior do aparelho psíquico e o que destoa disso no sintoma histérico. Expõe a ideia de que o funcionamento cerebral ocorre a partir de vias de condução de energia – como “uma instalação elétrica muito ramificada” (Breuer, 1893-1895/2016, p.274), que é variável e limitada. Acredita em uma distribuição desigual dessa energia, condicionada pelas vias da atenção — ou denominadas de facilitação: aumento de uma capacidade condutora por uma via e, conseqüentemente, um decréscimo em outras vias⁵.

Quando há um acréscimo de energia cerebral, essa precisa ser descarregada de alguma forma pelo organismo. Se o organismo não realiza nenhum ato em favor da descarga da quantidade de energia, esse acréscimo produz um desconforto (Breuer, 1893-1895/2016). O aumento da excitação pode ser visto como útil e, por outro lado, prejudicial ao organismo. Breuer (1893-1895/2016) deu o nome de “estimulação”, quando o acúmulo desencadeia algo

⁵ Tal proposição nos faz pensar nos trilhamentos pulsionais, que Freud desenvolve mais detalhadamente no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895-1950/1996), e que será explanado mais adiante em nossa pesquisa.

agradável, e “agitação”, para quando o acúmulo é desagradável e provoca desprazer⁶. A explicação para como o acúmulo de estímulo pode levar a um ou a outro destino no psiquismo são os caminhos que ele considera como mais facilitados. São vias dentro do circuito cerebral cujas resistências já foram reduzidas por uma descarga prévia de grande intensidade de energia. Breuer (1893-1895/2016) enfatiza, ainda, que tais conclusões foram pensadas a partir das contribuições de Freud, principalmente o fato de que “existe no organismo uma *tendência a manter constante a excitação intracerebral* (Freud)” (p.279).

A partir do que o livro *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895) pôde auxiliar na temática de nossa pesquisa, abre-se um caminho para a construção sobre as formas de funcionamento psíquico pela via da energia, como também da importância de tal concepção para a formulação da teoria pulsional. Os encadeamentos de alguns pontos de destaque estruturados até aqui foram essenciais para que as ideias apresentadas por Freud no texto *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895-1950/1996) pudessem ser introduzidas de maneira mais clara. Também foi primordial para demonstrar que Freud, a partir de sua clínica, foi realizando a construção de tais fundamentos desde o início de seus estudos, enfatizando ainda mais o quanto a noção de pulsão transpassa diversos conceitos e esteve sempre presente na mente do autor.

3.3 AS TRILHAS DO PROJETO PARA UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA

O texto *Projeto para uma Psicologia Científica* foi escrito por Freud em setembro do ano de 1895 e enviado como anexo, por correspondência, a Wilhelm Fliess. Entretanto, de acordo com Garcia-Roza (1991), ele foi rejeitado pelo autor e não foi oficialmente publicado. Somente em 1950, mais de 10 anos após a morte de Freud, que ele foi encontrado e publicado na íntegra. É possível identificar que várias das ideias contidas no texto são desenvolvidas posteriormente pelo autor e que até o momento atual desempenham papel fundamental para a teoria psicanalítica.

Em alguns extratos de correspondências de Freud a Fliess (in Masson, 1986) pode-se entender o quanto o autor estava comprometido e empolgado com a escrita da sua “Psicologia para Neurologistas” (p.128), mas, ao mesmo tempo, ela estava consumindo seus pensamentos e deixando-o esgotado. Na carta de 25 de maio de 1895 escreve (Masson, 1986):

⁶ A ideia apresentada aqui auxilia a compreender minimamente a forma de funcionamento psíquico do ato sexual, contrapondo o pensamento de que um acúmulo de excitação só é capaz de provocar desprazer.

...um homem como eu não pode viver sem um cavalo de batalha, sem uma paixão devoradora, sem ... um tirano. Encontrei um. A serviço dele, não conheço limites. Trata-se da psicologia, que foi sempre minha meta distante a acenar-me, e que agora, desde que deparei com o problema das neuroses, aproximou-se muito mais. Estou atormentado por dois objetivos: examinar que forma irá assumir a teoria do funcionamento mental, se introduzirmos considerações quantitativas, uma espécie de economia das forças nervosas, e, em segundo lugar, extrair da psicopatologia um lucro para a psicologia normal (p.130).

Ao mesmo tempo que estimava uma paixão, também julgava como um fardo difícil de carregar. Na correspondência de 16 de agosto de 1895, exprime:

A psicologia é mesmo uma cruz... Tudo o que eu estava tentando fazer era explicar a defesa, mas experimente só tentar explicar algo que vem bem do âmago da natureza! Tive que abrir caminho palmo a palmo através do problema da qualidade, do sono e da memória – em suma, a psicologia inteira. Agora, não quero mais ouvir falar nisso (Masson, 1986, p.137).

Pela forma como Freud se expressava a Fliess, a quem ele confiava suas experiências e dificuldades, é possível conjecturar o quão envolvido ele estava com as construções teóricas do *Projeto*, até o momento de abandoná-lo, por considerar como algo inacabado, de impossível conclusão, e engavetá-lo.

Strachey (1996a), ao redigir comentários como tradutor das obras de Freud, afirma que o *Projeto*, apesar de ser um documento neurológico, contém o núcleo das teorias psicológicas de Freud, dando ênfase aos aspectos defensivos da mente e introduzindo as noções sobre a relevância do impacto do meio ao organismo e como este responde – reage – ao meio. Entendemos que, para a presente pesquisa, o que Freud elabora nesse texto é o âmago da teoria pulsional, que já estava articulado nos escritos anteriores do autor e que nos auxilia na compreensão das primícias de um mecanismo fundamental: o princípio do prazer/desprazer.

O objetivo inicial do *Projeto*, para Freud (1895-1950/1996), era promover uma psicologia que fosse uma ciência natural, ou seja, “representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis” (p.347). O autor, nesse período, de acordo com Garcia-Roza (1991), estava trabalhando ativamente no tratamento das neuroses, sendo a produção desse escrito uma forma de explicar, sistematicamente, o funcionamento dessas manifestações patológicas que estava observando em sua clínica.

Freud (1895-1950/1996) considerava que os distúrbios apresentados por seus pacientes estavam diretamente ligados a uma excitação neuronal – “quantidade em estado de fluxo” (p.348) – sendo adotado como um princípio básico de funcionamento a premissa de que os neurônios tendem a se livrar, da maneira mais rápida possível, das *quantidades*⁷. Esse é considerado o princípio de inércia neuronal (Freud, 1895-1950/1996) e que podemos inferir como o princípio de constância.

Para Freud (1895-1950/1996), existem duas funções no sistema nervoso: a função primária, diretamente ligada aos movimentos reflexos do corpo humano, cuja função é a descarga dos estímulos externos; e a função secundária, sendo o desenvolvimento de uma preferência pelas vias de descarga que não abalam o princípio da inércia neuronal (com o menor esforço possível) – é uma “fuga do estímulo” (p.348). O sistema nervoso recebe estímulos por duas vias: interna (endógeno) e do mundo externo (exógeno). Os estímulos endógenos, exemplificados por Freud (1895-1950/1996) como a fome e a respiração, não são descarregados de maneira direta; é necessária uma ação específica do organismo no mundo externo para cessarem. Para que esse processo de acúmulo/descarga ocorra, o sistema nervoso precisa tolerar um acúmulo de Q que seja suficiente para a promoção da ação específica e que, na descarga, ainda reste Q a um nível baixo. Esse mecanismo foi denominado por Freud (1895-1950/1996) de princípio de constância, como mencionado anteriormente.

Garcia-Roza (1991) e Strachey (1996a) consideram que os estímulos endógenos, provenientes do próprio corpo, podem ser associados com o conceito de Pulsão (*Trieb*), que será definido por Freud posteriormente em sua obra. Tal afirmação é crucial para nossa pesquisa por corroborar com a hipótese apresentada da associação da questão energética com o funcionamento pulsional.

Uma das principais características do sistema nervoso, de acordo com Freud (1895-1950/1996), é a memória neuronal. Para conseguir explicar essa função, definiu duas classes de neurônios: ϕ e φ . Existem neurônios com o poder de suportar mais energia (uma resistência oposta à descarga) do que outros e o que impede que a energia flua livremente são as barreiras de contato. Os neurônios ϕ são aqueles que não oferecem resistência à passagem de excitação, não se modificam, sendo considerados permeáveis. Já os neurônios φ são retentores de Q e sofrem influência das barreiras de contato, sendo considerados impermeáveis. Aí também está

⁷ Durante todo o *Projeto*, Freud usa diversas abreviações, deixando confuso o entendimento de algumas passagens — como explicado por Strachey (1996a). Adotaremos, conforme a tradução, a letra Q para nos referir ao termo Quantidade.

a distinção entre os que são responsáveis pela percepção (ϕ) e os que são responsáveis pela memória (φ).

Os neurônios φ , por serem impermeáveis, armazenam memória e ficam permanentemente alterados com a passagem de excitação. Conforme o sistema nervoso vai se desenvolvendo, as barreiras de contato de φ vão se tornando mais maleáveis, por já possuírem o registro das passagens energéticas, tornando-se mais “facilitadas” (Freud, 1895-1950/1996, p.352). Para ocorrer à facilitação, é necessário que uma Q abundante passe pelo neurônio, deixando uma marca. Cada neurônio φ corresponde a diversas vias de conexão de maneira independente e isso é o que determina a escolha do caminho facilitado. A facilitação é a absorção das Q endógenas pelas barreiras de contato e está a serviço da função primária do sistema nervoso.

É a partir do conceito de facilitação que se faz possível pensar em repetição. De acordo com Garcia-Roza (1991), a repetição de um determinado percurso de passagem de energia ocorre por um processo que implica um diferencial de valor entre os vários caminhos possíveis. Esse mecanismo nos remete à nossa questão de pesquisa. As facilitações, os “trilhamentos” (p.99) formam uma cadeia complexa de passagem de energia que, apesar de não serem engessadas, são determinadas pelas situações enfrentadas no decorrer da vida.

Retornando às elaborações do *Projeto*, (1895-1950/1996), relacionado ao sistema φ , ainda é importante ressaltar que ele está fora de contato com o mundo externo, porém, recebe as Q exógenas (por meio de ϕ) e as Q endógenas. Para o autor, as Q exógenas possuem maior magnitude de intensidade do que as endógenas e existem telas de Q, na “periferia interna do corpo” (p. 358), que possuem a função de deixar passar apenas uma fração da excitação. Entretanto, Freud (1895-1950/1996) afirma haver falhas nesse mecanismo e as denomina “dor”:

O sistema nervoso tem a mais decidida propensão a *fugir da dor*. Vemos nisso uma manifestação da tendência primária contra o aumento da tensão Q_n [quantidade neuronal, endógena] e inferimos que a dor consiste na *irrupção de grandes Qs* em φ . As duas tendências ficam, nesse caso, reduzidas a uma só. A dor aciona tanto o sistema ϕ como o φ , não há nenhum obstáculo à sua condução e ela é o mais imperativo de todos os processos. Os neurônios φ parecem, pois, permeáveis a ela; portanto, a dor consiste na ação de Qs de ordem comparativamente elevada (p.359).

Para Freud (1895-1950/1996), a dor é caracterizada como uma irrupção de Q de magnitude muito elevada. Devido a isso, ela tem ligação direta com a formação permanente de facilitações em φ . Garcia-Roza (1991) resalta a importância do papel da memória neuronal do

sistema φ nesse mecanismo da dor. Para ele, não é possível existir uma organização psíquica sem que exista dor. Em contrapartida, uma dor contínua também pode ser desorganizadora. Garcia-Roza (1991) afirma que a dor não está associada ao desprazer, já que este é relativo a outro modo de funcionamento (de acúmulo e descarga). Essa ideia é considerada fundamental para o posterior desenvolvimento da economia do prazer/desprazer, também para o que está além desse panorama, quando Freud, posteriormente em sua obra, relaciona a dor como uma excitação prazerosa (acúmulo de energia capaz de proporcionar satisfação) – principalmente no tocante a sexualidade.

Podemos relacionar esse mecanismo que acabamos de descrever com o caso da Sra. Elisabeth Von R. As dores nas pernas, que se apresentavam como uma manifestação do sintoma histórico, demonstram a forma de funcionamento desses caminhos já facilitados no psiquismo, marcados por um excesso de excitação intenso que provocou a sensação da dor.

Outro ponto explorado por Freud no *Projeto* (1895-1950/1996) é a noção de consciência. Todos os mecanismos detalhados até o momento (sistema ϕ e φ) estavam relacionados a processos psíquicos considerados “inconscientes” (p.360), entretanto, o conteúdo da consciência deve ser tomado como parte fundamental para o funcionamento mental. Freud (1895-1950/1996) denominou os processos associados à consciência de *qualidades*. Para o autor, elas não possuem Q e estão relacionadas ao mundo externo, vinculadas a percepção, sendo, portanto, necessária a inclusão de um terceiro sistema de neurônios para auxiliar na compreensão desse funcionamento, o que denominou de sistema ω .

O sistema ω , de acordo com Freud (1895-1950/1996), é destinado a converter a Q externa em qualidade. São neurônios permeáveis e excitados juntamente com o sistema ϕ , produzindo sensações conscientes. Garcia-Roza (1991), ao elucidar a questão da qualidade, exemplifica de que forma ela se distingue da Q – diz respeito a “uma cor, um som, uma textura, o quente e o frio... algo que de modo algum pode ser reduzido à quantidade” (p.103). Por ω ser um sistema permeável, Freud (1895-1950/1996) se indagava sobre como se dava a passagem de energia nesses neurônios, entendendo não existir uma transferência direta dos sistemas ϕ e φ para ω , por não possuírem qualidade. Para desatar este impasse, Freud (1895-1950/1996) adotou um conceito utilizado pela física – o conceito de período – considerando a hipótese de que a transferência de Q entre os neurônios ϕ e φ afeta por indução o sistema ω . Ou seja, ω não recebe Q, mas é excitado por meio da indução e, com isso, transforma a excitação em qualidade.

O sistema ω possui uma quantidade mínima de energia e que também precisa ser descarregada. Freud (1895-1950/1996) pontua que a descarga efetuada em ω chega a φ como

um signo da realidade. De maneira mais clara: a Q do mundo externo chega a ϕ passando a φ que, por indução, produz excitação em ω . A descarga em ω envia um sinal a φ , sendo a função principal de ω “fornecer para o sistema φ signos, signos de realidade ou signos de qualidade” (Garcia-Roza, 1991, pp. 108-109). A explicação de tal funcionamento se faz necessária por ser a partir desse processo que Freud consegue introduzir, neste esquema, a ação do prazer/desprazer, imprescindível para a teoria psicanalítica.

As sensações de prazer/desprazer, de acordo com Freud (1895-1950/1996), são qualidades sensoriais de ω . Como já abordado anteriormente, um acúmulo de tensão em φ provoca desprazer e a descarga o prazer. Sendo assim, só é possível ter compreensão das sensações de prazer/desprazer a partir da catexia de ω , que se apropria do período de movimento neuronal. Garcia-Roza (1991) nos ajuda a inferir, a partir desse sistema, que não é somente o mecanismo de acúmulo e descarga que explica a complexidade do funcionamento neuronal. Apesar de esse ser o fundamento, são pelas sensações, baseadas nas intensidades da movimentação neuronal, que é possível perceber as diferenças qualitativas.

Associadas as sensações de prazer/desprazer, Freud (1895-1950/1996) inclui também a sensação de satisfação. Os neurônios φ , ao acumularem Q endógena e exógena, necessitam de uma urgência de descarga pela via motora. Podemos citar como exemplo, com base nas explicações de Freud (1895-1950/1996), um bebê com fome: ao sentir o desconforto provocado pelo acúmulo de excitação, começa a chorar (como uma tentativa inicial de aliviar a tensão). Com a ajuda da mãe, que efetua uma ação específica, ele consegue promover a descarga da tensão – através da alimentação. Com a finalização do circuito, essa ação (da alimentação) produz uma consequência: a descarga da energia viabiliza uma catexização do objeto introduzido como apaziguador do desconforto provocado pelo acúmulo de energia; também uma facilitação nos neurônios responsáveis pela ação. Ou seja, quando o mesmo acúmulo de Q irromper, esses serão os caminhos percorridos pela energia psíquica. Para Freud (1895-1950/1996), o mesmo ocorre no mecanismo da dor. O objeto que provocou a descarga de Q intensa pela primeira vez, promoveu uma sensação em ω , sendo catexizada a imagem do objeto que provocou a ação e, conseqüentemente, o caminho facilitado.

Os resíduos deixados pelas experiências de dor e de satisfação são denominados por Freud (1895-1950/1996) de afetos e estados de desejo⁸, concomitantemente. Ambos envolvem

⁸ De acordo com Garcia-Roza (1991), em sua obra, Freud faz, posteriormente, uma comparação entre o mecanismo da dor persistente e o funcionamento pulsional, apontando que ambos são constantes e os quais todas as proteções internas se mostram ineficazes. Retomaremos este ponto ao apresentar o segundo dualismo pulsional.

um aumento da tensão em ϕ , sendo o afeto pela liberação súbita e, no desejo, por soma de excitação. Também há nos dois uma imagem mnêmica catexizada, na dor por repúdio e no desejo por atração. O repúdio é, para Freud (1895-1950/1996), uma defesa considerada primária — “ou recalçamento” (p.374) – pela busca do afastamento da imagem catexizada. Podemos inferir, neste momento, que a defesa abordada por Freud se assemelha ao mecanismo que faz despontar o sintoma histérico, como descrevemos no subcapítulo 3.2, demonstrando o quanto o autor estava construindo a teoria psicanalítica imbricadamente e a importância do mecanismo de defesa, envolvido com os fenômenos clínicos, para a teoria pulsional.

Para alcançar uma melhor compreensão da defesa, Freud (1895-1950/1996) incluiu outra organização no funcionamento psíquico – o Eu. Para o autor, é intrincado o modo como a defesa atua no aparelho psíquico, principalmente relacionada ao mecanismo da dor em ϕ . Como uma forma de afastar a imagem hostil (que foi catexizada) o mais depressa possível, é necessário haver uma “drenagem da lembrança” (p.375), a reprodução de algo que assinale para os neurônios ϕ a interrupção da dor. Ao responsável por esse processo Freud (1895-1950/1996) denominou de Eu. Ele age diretamente nas Qs que passam por ϕ . As facilitações, dominadas por ele, tem por função “inibir a descarga de Q [neuronal] quando da ausência do objeto, a partir dos signos de realidade provenientes do sistema ω ” (Garcia-Roza, 1991, p. 148).

Freud (1895-1950/1996) afirma que o Eu se esforça para que o principal método de descarga energética no sistema neuronal seja a satisfação. Quando isso não ocorre, o Eu possui um método para impedir a repetição das experiências de dor: a inibição. Quando dois neurônios são catexizados simultaneamente, isso atua como uma facilitação entre as barreiras de contato, facilitando o curso da descarga. De acordo com Freud (1895-1950/1996), o Eu age produzindo uma “catexia colateral” (p.375), catexizando outro neurônio temporariamente para que a corrente da descarga tome outra direção, reduzindo a liberação de desprazer que seria promovida pela descarga direta. Esse é o funcionamento de defesa pelo Eu:

Agora se torna fácil imaginar como o ego, ... pode conseguir inibir a passagem [da quantidade] de uma imagem mnêmica para a liberação do desprazer por meio de uma copiosa catexia colateral que pode ser reforçada conforme as necessidades. E, realmente, se admitirmos que a liberação inicial do desprazer é captada da Q [neuronal] pelo próprio ego, teremos nessa mesma [liberação] a fonte do dispêndio que a catexia colateral inibidora exige do ego. Nesse caso, quanto mais intenso for o desprazer, mais forte será a defesa primária (Freud, 1895-1950/1996, p.376).

Segundo a tese de Freud (1895-1950/1996), o sistema ϕ , por si só, não consegue distinguir a realidade de uma alucinação, sendo essa uma função do sistema ω . No caso da ação do Eu, a imagem catexizada precisa ter um grau elevado de intensidade, pois, caso contrário, a não conclusão da inibição pode promover uma descarga de desprazer tão intensa quanto o investimento, gerando danos ao aparelho. Sendo assim, é a inibição que auxilia na distinção entre o que é percepção e o que é lembrança. De acordo com Garcia-Roza (1991), quando o objeto é investido moderadamente (pela inibição do Eu), permite com que o sistema ϕ perceba o objeto como não real. Quando há falha na inibição, é impossível realizar essa distinção, sendo a descarga efetuada como se o objeto estivesse presente⁹. A partir desse funcionamento, Freud (1895-1950/1996) consegue fazer a distinção entre o Processo Primário e o Secundário:

A catexia de *desejo*, levada ao ponto de alucinação, [e] a completa produção do desprazer, que envolve o dispêndio total da defesa, são por nós designados como *processos psíquicos primários*; em contrapartida, os processos que só se tornam possíveis mediante uma boa catexia do ego, e que representam versões atenuadas dos referidos processos primários, são descritos como *Processos psíquicos secundários*. Ver-se-á que a precondição necessária destes últimos é a utilização correta das *indicações da realidade*, que só se torna possível quando existe inibição por parte do ego (p. 379).

Considerando os mecanismos de funcionamento mental, descritos até agora, alguns pontos merecem destaque. A partir do mecanismo da defesa (primária e secundária), da inibição, do recalçamento e da catexização de uma imagem (real ou alucinatória), Freud (1895-1950/1996) desenvolve o funcionamento da economia psíquica e, ainda, possibilita os questionamentos sobre as disfuncionalidades que ocorrem no sujeito neurótico.

Adotando a histeria como a neuropsicose norteadora de nossa questão de pesquisa, Freud (1895-1950/1996) exemplifica de que forma essa economia ocorre. Para o autor, existe uma compulsão de ideias nos pacientes histéricos, as quais são “excessivamente intensas” (p.401), que apresentam características quantitativas e que, por isso, são entendidas como intrusas – necessitando de recalçamento e deslocamento – sendo esse mecanismo considerado patológico (Freud, 1895-1950/1996). Seguindo este processo lógico, Freud (1895-1950/1996), a partir da experiência clínica, expõe dois fatos que endossam o mecanismo citado: “Primeiro,

⁹ Para Strachey (1996a), essa é a primeira tentativa de Freud de constituir o funcionamento do teste de realidade, que será desenvolvido posteriormente pelo autor no artigo *Dois princípios do funcionamento mental* (1911/2004).

que o recalçamento é invariavelmente aplicado a ideias que despertam no *ego* um afeto penoso (de desprazer) e, segundo, a ideia[s] provenientes da vida sexual” (p.404).

Neste período, a partir de leitura prévia, é possível conjecturar que Freud estava se deparando com os impasses que a questão da sexualidade estava impondo no tratamento de seus pacientes, principalmente por se apresentar como um fator determinante para o processo patológico, o que também nos auxilia a compreender as inconsistências que se impuseram a ele para ser necessária a reformulação da teoria e a construção do conceito de pulsão.

Para auxiliar no entendimento da noção de defesa e sexualidade na neurose histérica, Freud (1895-1950/1996) inclui a concepção de *Proton Pseudos*, considerado a “primeira mentira histérica” (p.406). Abordada inicialmente no livro *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/2016), o autor põe em evidência novamente a formulação de que “o histérico sofre sobretudo de reminiscências” (p.25), realizando uma conexão com o *Projeto* (1895-1950/1996) sobre os dois tempos do adoecimento na histeria.

Garcia-Roza (1991) nos ajuda a compreender esta conceituação, assinalando, a partir da leitura de Freud, que a evolução dos distúrbios histéricos necessita de um período de incubação, no qual uma representação irrompe na consciência com grande intensidade (e conteúdo sexual) e provocando desprazer ao Eu; em seguida, um recalque é realizado pelo Eu, desviando a atenção da representação inicial e inserindo outra menos penosa. Posteriormente, a catexia da ideia inicial é deslocada para a outra – gerando o processo defensivo, mas permanecendo o afeto da representação inicial.

De acordo com Freud (1895-1950/1996) somente em um segundo momento, com a repetição da intensidade da representação inicial, onde são despertados os sintomas histéricos – quando a sexualidade já está desenvolvida – “uma lembrança desperta um afeto que não pôde suscitar quando ocorreu como experiência, porque, nesse entretempo, as mudanças [trazidas] pela puberdade tornaram possível uma compreensão diferente do que era lembrado” (p. 410). Assim, é então explicado o sofrimento pelas reminiscências.

É o que Freud trabalha mais detalhadamente no artigo *As neuropsicoses de defesa* (1894/1996), destacando a importância da defesa e da capacidade de conversão na neurose histérica. O autor (1894/1996) ressalta a necessidade da atividade do Eu em transformar uma representação forte em fraca, retirando a soma de excitação que ela engloba. Entretanto, evidencia que a excitação, que foi desvinculada, precisa ser descarregada por outras vias consideradas impróprias, acrescentando, ainda, que só é possível para o sujeito a saída por duas vias: a elaboração desse desvio ou a irrupção em ataques histéricos. Na histeria, a soma de excitação encontra caminho facilitado para o somático – adotando o termo para esse modo de

funcionamento de “conversão” (p.56). De acordo com Freud (1894/1996), “O ego leva muito menos vantagem escolhendo a transposição do afeto como método de defesa do que escolhendo a conversão histérica da excitação psíquica em inervação somática” (p.61), por conseguir uma forma de descarga da excitação sem um ‘aparente’ prejuízo psíquico.

Para Freud, em uma carta a Fliess do ano de 1896 (in Masson, 1986), a defesa faz parte do funcionamento do psiquismo, necessária quando há a geração de desprazer. Porém, ela é concebida como defesa patológica quando há um componente sexual envolvido e quando existe a repetição de uma lembrança defendida inicialmente pelo Eu. Para Freud (in Masson, 1986), o Eu não consegue efetuar uma inibição forte por vezes consecutivas, sendo que a magnitude da excitação cada vez aumenta com o tempo. Segue postulando que nem todas as lembranças sexuais são acompanhadas de desprazer, ao contrário disso, elas são em sua maioria acompanhadas de prazer, exceto quando ocorre uma experiência sexual prematura – na infância.

É importante frisar que neste período, de acordo com Marioto (2016), Freud ainda acreditava na teoria da sedução, a qual presumia a ocorrência de uma sedução real sofrida pelo sujeito na infância. Essa teoria, no entanto, logo foi abandonada pelo autor, que passou a considerar que as cenas relatadas pelos pacientes pertenciam a uma fantasia e, assim, constituíam uma construção do indivíduo. O que estava em evidência para Marioto (2016) era, nesse momento, a realidade psíquica, e não a realidade material dos fatos, apontando que “essa vida rica de fantasias leva Freud a postular a existência de uma sexualidade presente desde o nascimento e é aqui que a teoria pulsional se colocará como pedra angular da teoria” (p.59).

Ao discorrer sobre a etiologia das neuroses, Freud (in Masson, 1986) propõe a divisão da vida em quatro fases: a pré-consciente (até os 4 anos de idade); a infantil (até os 8 anos); a pré-púbere (até os 14 anos) e a fase da maturidade (dos 14 anos em diante). Considera que entre a fase infantil e a pré-púbere há um maior recalçamento e que, ao evocar uma lembrança do período mencionado, há a produção de um excesso de sexualidade na psique. No entanto, “o excesso de sexualidade, por si só, não é suficiente para causar o recalçamento; é necessária a cooperação da defesa; contudo, sem um excesso de sexualidade, a defesa não produz neurose” (Freud in Masson, 1986, p.189).

De maneira contundente, Freud (1898/1996) afirma que a etiologia de todas as neuroses reside na sexualidade. Segundo o autor, o que está por trás do adoecimento não é um acontecimento da vida atual, mas sim algo que remete a uma época pré-histórica do paciente – a primeira infância. Quando as experiências sexuais são despertadas na infância, elas sempre produzem um efeito no psiquismo, ainda que em grau reduzido. É importante destacar que, após o desenvolvimento comum, com a chegada da puberdade, os traços psíquicos deixados pelas

primeiras experiências levam a uma reação elevada anormal e, com isso, ocorre o desenvolvimento de estruturas psicopatológicas (Freud, 1898/1996).

Aqui podemos destacar um fio condutor primordial para a continuidade de nossa pesquisa sobre os destinos da pulsão: a descoberta da sexualidade infantil e seus desdobramentos.

3.4 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O objetivo neste segundo capítulo da dissertação, conforme anunciamos anteriormente, foi de ressaltar algumas noções que sustentaram a teoria pulsional freudiana, com base nos textos publicados entre os anos de 1886 e 1899. Como ponto de partida, destacamos o desenvolvimento da noção de aparelho psíquico – compreendido até então como aparelho de linguagem – e a importância do trabalho de Freud com alguns autores, principalmente com Fliess e Breuer. Visamos evidenciar a supremacia da clínica frente aos fenômenos patológicos que se apresentavam a Freud, que o motivaram a encontrar novas formas de compreender o psiquismo, para além das teorias neurológicas da época. A partir do exercício clínico de Freud com as neuroses (dentre as quais destacamos a histeria), avançamos sobre a apreensão do modo de funcionamento psíquico e, com isso, adentramos na formulação das questões energéticas – o funcionamento do princípio de constância e do prazer/desprazer, imprescindíveis para a compreensão da teoria pulsional.

Com a explicação do funcionamento psíquico, entendemos a questão energética como o pilar para a formalização do conceito de pulsão. A partir do artigo *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895-1950/1996), Freud conseguiu progredir em sua “Psicologia para Neurologistas” (p.128), introduzindo os sistemas ϕ , φ e ω , as quantidades (endógenas e exógenas) /qualidades (consciência), os processos primário e secundário, bem como a instância do Eu, associado ao mecanismo de defesa. Todos esses processos demonstram a complexidade do funcionamento psíquico comum e, mais ainda, daqueles que são acometidos pela neurose.

É importante ressaltar duas noções apresentadas por Freud, que são significativas para o prosseguimento de nossa pesquisa: as facilitações/barreiras de contato e o Eu. Podemos apreender, a partir da teoria freudiana, que o funcionamento das facilitações estabelece possibilidades, percursos e trilhamentos para que a energia psíquica acumulada encontre um destino (prazer) e que é a partir disso que podemos também compreender o mecanismo da repetição, tão importante para a psicanálise e que nos auxilia na compreensão da nossa interrogação inicial.

Já o conceito de Eu merece destaque por introduzir em nossa pesquisa a noção de mecanismo de defesa/recalque. Demonstra um modo de funcionamento do aparelho psíquico (evitar o desprazer) que traz consequências importantes, principalmente no desencadeamento de uma psicose. Neste contexto, a questão da sexualidade entra em destaque, sendo um divisor de águas no pensamento freudiano, que fornece subsídio para que, em 1905, o autor formule o conceito de Pulsão em seu texto *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905/1996).

4 OS DESDOBRAMENTOS PULSIONAIS: SONHOS, SEXUALIDADE E OS DUALISMOS FREUDIANOS.

A descoberta freudiana do papel da sexualidade na neurose e, ainda, da sexualidade infantil como determinante para o desencadeamento do adoecimento neurótico, foram pontos basilares para a construção do conceito de pulsão e da psicanálise em sua totalidade. Seguindo a linha de raciocínio traçada nos capítulos anteriores da dissertação, o objetivo deste terceiro capítulo é apresentar a definição do conceito de pulsão, explicar sobre o primeiro e o segundo dualismo pulsional de Freud (pulsões sexuais/pulsões do Eu; pulsão de vida/pulsão de morte) e destacar a importância que essa mudança de paradigma trouxe para o entendimento do funcionamento pulsional, com a emergência de novas questões para a teoria psicanalítica. Para atingir nosso objetivo, percorreremos textos freudianos a partir do ano de 1900, quando o autor inaugura a psicanálise, dando destaque para dois artigos: *Pulsões e seus destinos*, de 1915, no qual Freud pormenoriza o conceito de pulsão e apura de maneira mais aprofundada seu modo de funcionamento; e o artigo *Além do princípio do prazer*, de 1920, sendo o momento em que o autor inaugura o segundo dualismo pulsional com a introdução da noção de pulsão de morte.

Consoante o que vimos anteriormente, o termo pulsão (*Trieb*) aparece nos textos freudianos desde 1890, como nos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), *Projeto para uma psicologia científica* (1895-1950/1996), *Neuropsicoses de defesa* (1984/1996), entre outros, conforme explicita Garcia-Roza (1995); e a ideia de um funcionamento energético já estava se definindo nos escritos do autor. No entanto, a noção de pulsão adotada por Freud ainda era pouco clara, com função mais terminológica do que propriamente conceitual, tanto que recorre a diversos outros termos para representar o mesmo mecanismo de funcionamento (Garcia-Roza, 1995). Para que Freud pudesse elaborar conceitualmente a pulsão, foi necessário todo um percurso e, de acordo com Mezan (1982), precisou ter como suporte, e de forma esclarecida, outros fatores cruciais: como a noção de sexualidade infantil e de recalçamento.

O abandono da teoria da sedução por Freud, que até então servira de base para a explicação do surgimento do sintoma neurótico, abriu espaço para que outras perspectivas pudessem vigorar — como a importância da fantasia, do desejo e uma nova reestruturação do aparelho psíquico. Foi a partir do estudo dos sonhos, em 1900, que Freud conseguiu estabelecer de maneira mais nítida as funções psíquicas e, de acordo com Caropreso e Simanke (2006), é o marco para o autor deixar de conceber o aparelho como neuronal para, de fato, nomear de aparelho psíquico. Deste modo, julgamos necessário, para esclarecer as particularidades de cada dualismo pulsional, trazer as considerações freudianas sobre a primeira tópica, contidas no livro

Interpretação dos sonhos (1900/1996) e no artigo *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2016), para facilitar o entendimento do leitor sobre as mudanças teóricas postuladas por Freud, principalmente relacionadas ao funcionamento apresentado anteriormente no *Projeto para uma psicologia científica* (1895-1950/1996) que, de acordo com Strachey (1996b), foi a base para a construção do capítulo VII do livro sobre os sonhos e que foi um dos pontos de partida para o nosso estudo sobre a pulsão. Garcia-Roza (2009) enfatiza que tais escritos freudianos — *Interpretação dos sonhos* e *Três ensaios* — constituem os pilares da teoria psicanalítica e, portanto, corrobora com nossa escolha adotada para fundamentar este capítulo. Também abordaremos as especificidades da segunda tópic, inaugurada por Freud após a alteração do segundo dualismo, por ser considerado um ponto-chave para o entendimento das manifestações pulsionais de agressividade e destrutividade, destacando a relação entre o Supereu e a pulsão de morte, e seus efeitos a partir das implicações do masoquismo/sadismo.

4.1 OS SONHOS E A SEXUALIDADE INFANTIL

Ao propor um estudo sobre os sonhos, Freud (1900/1996) objetivava que a interpretação destes fornecesse subsídio para a análise psicológica das neuroses, argumentando que “todo sonho se revela como uma estrutura psíquica que tem um sentido e pode ser inserida num ponto designável nas atividades mentais da vida de vigília” (p.39). Outra proposição introduzida por Freud no capítulo VII do livro *Interpretação dos sonhos* (1900/1996) é de que o sonho apresenta o mesmo mecanismo do sintoma neurótico, sendo a interpretação destes o mesmo método utilizado na elucidação dos sintomas histéricos. Para explicar de maneira mais tangível tais proposições, Freud (1900/1996) apresenta o aparelho psíquico, composto de vários sistemas (ou instâncias), que denomina de “sistema- ϕ ” (p.568). Essas instâncias não possuem uma ordem fixa, mas mantêm uma relação constante entre si. São denominadas de Consciente (Cs), Pré-consciente (Pcs) e Inconsciente (Ics). Para Freud (1900/1996), o Pcs é o sistema que fica mais próximo da atividade motora, sendo os processos que nele ocorrem de livre acesso à Cs. O sistema Ics fica logo atrás do Pcs e não possui acesso à Cs, a passagem entre ambos é intermediada pelo Pcs que, conseqüentemente, provoca modificações no conteúdo do Ics. Essa disposição do aparelho psíquico reformulada por Freud auxilia no entendimento da formação dos sonhos, compreendendo que o impulso para a formação destes vem do Ics e, ainda, que os sonhos são realizações de desejos Ics, assim como os sintomas neuróticos (Freud, 1900/1996).

Para compreender melhor a afirmativa de que os sonhos são realizações de desejos, Freud (1900/1996) perscruta o modo como a atividade psíquica ocorre. Considera que toda a

atividade psíquica parte de estímulos, que podem ser internos ou externos, que terminam em inervações — indicando um processo de descarga por uma extremidade sensorial ou motora. Nas extremidades sensoriais estão as percepções e nas extremidades motoras, as atividades motoras propriamente ditas. Segundo afirma Freud (1900/1996), o aparelho, inicialmente, procura se manter o mais livre possível de estímulos. Devido a isso, primitivamente, sua estrutura se assemelha à de um aparelho reflexo (aumento de excitação — busca de um caminho mais fácil e rápido de descarga). Com o tempo, com o desenvolvimento no percurso da vida, o acúmulo de excitação passa a não se dissipar somente pelo caminho mais facilitado, necessitando de “vivências de satisfação” (p.594) para pôr fim ao acúmulo.

Desse modo, a consequência de uma experiência de satisfação é chamada de desejo — querer repetir a mesma experiência prazerosa inicial. Freud (1900/1996) denomina de processo primário o movimento de livre descarga das quantidades de excitações para obtenção de prazer imediato; e de processo secundário o movimento de obtenção, por meio de investimentos e inibições, de um escoamento de excitações por outros caminhos, um prazer gradual. Os dois sistemas “são o germe daquilo que, no aparelho plenamente desenvolvido, descrevemos como Ics e Pcs” (p.625). Esse movimento, ao qual processo primário e secundário estão submetidos, Freud (1900/1996) denominou de “princípio do desprazer” (p. 626). O processo primário acha-se presente no aparelho psíquico desde o início da vida, ao passo que, com o desenvolvimento e as exigências vividas, o processo secundário irrompe e se sobrepõe ao primário — sem substituí-lo por completo.

À medida que o processo secundário vai se instalando, os desejos que se formaram em fases iniciais da vida (os desejos infantis) passam a ser incompatíveis com a Cs e, desse modo, sua realização seria uma fonte de desprazer intensa ao aparelho psíquico (Freud, 1900/1996). Com isso, precisam ser contidos — reprimidos. As lembranças que possuem esse conteúdo de desejo infantil são inconscientes, ou seja, nunca chegaram ao Pcs. No entanto, o afeto provocado por essas lembranças permanece constante, buscando sempre vias de escape para a excitação.

A teoria das psiconeuroses afirma como fato indiscutível e invariável que somente as moções de desejos sexuais procedentes da infância, que sofreram recalçamento (isto é, uma transformação do afeto) durante o período de desenvolvimento infantil, são passíveis de ser revividas em períodos *posteriores* do desenvolvimento (seja como resultado da constituição sexual do sujeito, que deriva de uma bissexualidade inicial, seja como resultado de influências desfavoráveis que atuem no curso da vida sexual) e,

desse modo, estão aptas a suprir a força impulsora para a formação de toda sorte de sintomas psiconeuróticos (Freud, 1900/1996, p.631).

De acordo com Freud (1900/1996), essa é a premissa do recalçamento, manter afastado do Pcs as lembranças causadoras de desprazer. Nesse aspecto, o sonho encontra aí uma função: a realização de um desejo inconsciente, e “o desejo que é representado num sonho tem de ser um desejo infantil” (Freud, 1900/1996, p.583).

Agora que conseguimos vislumbrar o modo de funcionamento do aparelho psíquico proposto por Freud, fica mais tangível a afirmação de que os sintomas neuróticos, assim como os sonhos, são realizações de desejos inconscientes — eles são determinados pelo conflito entre os dois sistemas, Pcs e Ics, e despontam como uma formação de compromisso entre eles (Freud, 1900/1996).

A asserção de um novo método de compreensão do aparelho psíquico demarca, conforme afirma Green (2010), uma ruptura de Freud com as construções elaboradas no *Projeto*, abandonando definitivamente os princípios neurológicos para se aprofundar nos princípios metapsicológicos. As noções de prazer/desprazer, processo primário e secundário, sistema ϕ , já estavam postuladas no artigo de 1895, porém, a constatação da sexualidade infantil, das fantasias, do recalque e do desejo foram obstáculos com que Freud se deparou na clínica com as neuroses e necessitou reformular a teoria que já estava em construção. Neste sentido,

... a sexualidade é re-introduzida, enquanto no Projeto ela fazia apenas uma tímida aparição. E como o sonho mostra o retorno das experiências infantis, o caminho está aberto para a descoberta posterior da sexualidade infantil. A interpretação dos sonhos anuncia os Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (Green, 2010, p.129).

Outra noção evidenciada nas investigações freudianas do capítulo VII de *Interpretação dos sonhos* de 1900, que fornece amparo para a posterior introdução do conceito de pulsão na teoria psicanalítica, é a de *conflito* — conflito entre o desejo e a defesa; conflito entre Pcs/Cs e Ics (Laplanche & Pontalis, 2001). O mecanismo de funcionamento do aparelho psíquico coloca em evidência um embate de forças entre as instâncias, apaziguado, na neurose, pela formação do sintoma. Como afirmam Laplanche e Pontalis (2001), pode-se dizer que as forças em conflito são, para Freud, relacionadas a sexualidade e a “uma instância recalçadora que compreende designadamente as aspirações éticas e estéticas da personalidade, pois o motivo do recalque reside em características específicas das representações sexuais que as tornariam inconciliáveis com o ‘ego’ e geradoras de desprazer para este” (p.90). Corroborando tais afirmações, Birman (2016) ressalta que, ao se aprofundar nos estudos sobre as neuroses, Freud constatou que o que

tensionava permanentemente o aparelho psíquico era o conflito entre as reivindicações da sexualidade e as do Eu. Green, no artigo *Do Projeto à Interpretação dos sonhos: ruptura e fechamento* (2010), consegue extrair o que Freud expõe sobre os sonhos, afirmando que o conflito é sempre poli dimensional — entre o desejo e a censura, entre o desejo de dormir e o sonho, entre outros.

Destarte, em concordância com o que afirma Birman (2016), a noção de conflito remete a um dualismo — em que Freud se depara com a necessidade de forjar um conceito para dar conta de explicar o modo de funcionamento desse conflito, introduzindo o conceito de pulsão sexual e inaugurando um campo conceitual basilar para a compreensão de nossa questão de pesquisa.

4.2 UM NOVO OLHAR SOBRE A SEXUALIDADE INFANTIL: AS PULSÕES SEXUAIS

A noção de sexualidade para a psicanálise, que vem sendo delineada por Freud em sua obra, é consolidada com a publicação do livro *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, publicado em 1905 (2016) e, de acordo com Strachey (1996c), conjuntamente com *Interpretação dos sonhos* (1900), é o texto que mais sofreu modificações e atualizações de Freud com o passar dos anos. O objetivo de Freud (1905/2016), com a publicação dos *Três ensaios*, era dar ênfase para a importância da sexualidade em todas as realizações humanas, ampliando o conceito que se tinha, até então, sobre o assunto. No entanto, as elaborações do autor não só ampliaram, mas inauguraram uma concepção especificamente psicanalítica sobre o tema.

De acordo com Mezan (1982), é nos *Três ensaios* que Freud estabelece o uso do termo *Trieb*, pois, para o autor, era importante demarcar que a sexualidade proposta por ele não se assemelhava à sexualidade determinada pelos instintos (como um comportamento fixado, hereditário e invariável) — “... sendo a contingência do objeto e a plasticidade das formas de realização precisamente aquilo que distingue o homem dos outros animais e ao mesmo tempo anula as diferenças de natureza entre o normal e o patológico” (p.155). Mezan (1892) complementa que, em conjunto com o *Trieb*, são acrescentadas as distinções entre fonte, objeto e finalidade da pulsão, apontando que a fonte é sempre somática, que o objeto é variável e a finalidade é a descarga das excitações. Garcia-Roza (2014) destaca que a sexualidade humana é, por si só, não natural, baseada não na reprodução, mas no princípio de prazer/desprazer. E foi a partir disso que, segundo Mezan (1982), o conceito de pulsão despontou: como uma ruptura resoluta com a noção de instinto.

No artigo *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud (1905/2016) faz a introdução do termo *pulsão sexual*, afirmando que existe no ser humano necessidades denominadas pela ciência como libido. Para facilitar a compreensão do leitor, o autor associa que a sensação provocada pela libido se assemelha ao que chamamos de fome (Freud, 1905/2016). Freud (1905/2016) faz uma divisão do artigo em três ensaios para pormenorizar o funcionamento da pulsão sexual, suas manifestações e suas consequências para a vida normal e neurótica. Destacaremos do primeiro ensaio a noção de perversão; do segundo ensaio o que Freud (1905/2016) denominou de autoerotismo; e do terceiro ensaio a Teoria da libido. A escolha dos três princípios se faz necessária por ser, a partir da explicação de tais noções, que conseguiremos obter um melhor entendimento do primeiro dualismo pulsional — entre as pulsões sexuais e pulsões do Eu.

Freud (1905/2016) introduz nos *Três ensaios* dois novos conceitos fundamentais: objeto e meta sexual. O objeto, inicialmente, poderia ser considerado a pessoa da qual provém a atração sexual, no entanto, Freud constata, posteriormente, que a pulsão é independente do objeto, que existe uma pré-disposição originalmente bissexual no ser humano e que, no decorrer do desenvolvimento, ela se transforma — conforme os caminhos individualmente possíveis. A meta, de acordo com Freud (1905/2016), é a ação que a pulsão impele para se obter a satisfação. O autor observa que a medicina de sua época concebia que a meta sexual normalmente era associada “a união dos genitais no ato denominado copulação, que leva à resolução da tensão sexual e temporário arrefecimento do instinto¹⁰ sexual (satisfação análoga à saciação da fome)” (p.40). No entanto, a percepção e constatação da existência de inúmeros desvios dessa suposta meta no ato sexual considerado normal, tais como o tocar, o olhar, o beijar, entre outros, são tomados pelo autor como argumento para romper com a perspectiva médica, justificando que fazem parte da vida sexual de todos.¹¹

Nesse sentido, Garcia-Roza (1995) nos informa que Freud toma como ponto de partida para o estudo da sexualidade o saber que era disseminado no período, principalmente conversando com as teorias da sexologia, que tinham por base a noção de instinto como um padrão de comportamento herdado, visando a reprodução da espécie. Porém, ressalta que: “O

¹⁰ A edição utilizada de referência aqui é da editora Companhia das Letras, tradução de Paulo César de Souza, que utiliza o termo *Instinto* na tradução da palavra em alemão *Trieb*; manteremos nas citações literais Instinto, para ser fiel ao tradutor, porém, o leitor pode trocar para a palavra pulsão, que é a adotada ao longo de toda a pesquisa.

¹¹ Aprofundaremos os conceitos de objeto e meta ao discorrer sobre as características fundamentais das pulsões no primeiro dualismo pulsional.

que Freud faz é, acima de tudo, perverter o saber existente sobre a sexualidade, particularmente sobre as chamadas aberrações sexuais” (p. 29). Para o autor, a conclusão freudiana é que não existem aberrações sexuais, que a sexualidade humana é, por si só, perversa (Garcia-Roza, 1995). A ideia de aberração ou de perversão, para Garcia-Roza (1995), supõe que um padrão, até então fixo, seja pervertido, que uma conduta sexual, que não tenha como fim a reprodução, pode ser considerada aberrante, todavia, todas as pessoas acrescentam algo perverso ao objetivo sexual e, nesse sentido, a palavra perversão não pode ser adotada com um sentido pejorativo.

Como exemplos de perversões, Freud (1905/2016) cita as mais comuns, como o uso da boca (dos lábios) e do ânus. No entanto, alguns lugares do corpo (incluindo os citados anteriormente) ou artigos de vestuário, objetos inanimados, podem se tornar, eles mesmos, necessários para a obtenção da meta sexual — ou seja, uma substituição que não é apropriada para os fins sexuais e que Freud (1905/2016) denominou de fetichismo¹². Segundo o autor, a linha que separa uma relação normal de uma patológica é muito tênue, sendo que as influências para a escolha psíquica, de um ou outro caminho, são encontradas ainda na infância. Como exemplos de fixações, que têm por característica adiar ou dificultar a atividade sexual, estão o tocar, o olhar e, apontada por Freud (1905/2016) como “a mais frequente e a mais significativa de todas as perversões, a inclinação a infligir dor ao objeto sexual e sua contrapartida ... sadismo e masoquismo, para suas formas ativa e passiva respectivamente” (p.51). O sadismo corresponde a um componente agressivo da pulsão sexual que se tornou independente, exacerbada e colocada em posição de destaque pelo deslocamento. O masoquismo é uma prolongação do sadismo que se voltou contra a própria pessoa e que, com isso, acaba tomando o lugar do objeto sexual. O sadismo e o masoquismo — atividade e passividade — é uma das características principais da vida sexual geral, além de se encontrarem presentes, notadamente, ambas na mesma pessoa (Freud, 1905/2016).

Com relação às perversões, de maneira geral, Freud (1905/2016) afirma que:

Geralmente, o caráter patológico da perversão não se acha no conteúdo da nova meta sexual, mas em sua relação com o normal. Se a perversão não surge *ao lado* do que é normal (meta sexual e objeto), quando circunstâncias favoráveis a promovem e desfavoráveis impedem o normal; se, em vez disso, ela reprime e toma o lugar do normal em todas as circunstâncias — ou seja, havendo *exclusividade* e *fixação* por parte da perversão — consideramos legítimo vê-la como um sintoma patológico. (p.57).

¹² De acordo com Roudinesco e Plon (1998), é um termo usado por Alfred Binet e empregado pelos autores da sexologia da época.

Advertido dessa proposição, o estudo das perversões foi fundamental para que Freud (1905/2016) conseguisse depreender que existem forças repressoras no psiquismo que contribuem para manter a pulsão sexual nos limites. Essas forças são denominadas por ele de nojo, vergonha e moralidade. Elas surgem na vida do ser humano antes da pulsão sexual atingir seu pleno desenvolvimento, ditando as formas de agir. No entanto, a pulsão sexual não deixa de existir e, ao ser reprimida, busca novos caminhos para encontrar satisfação — e é a partir desse modo de funcionamento que surgem as psiconeuroses — “os sintomas são a atividade sexual dos doentes” (Freud, 1905/2016, p.60). Os sintomas, portanto, representam uma forma de substituição para impulsos que retiram sua força da pulsão sexual. Entre a pressão da pulsão e a rejeição da sexualidade imposta pela moralidade, produz-se a enfermidade — que não resolve o conflito, mas encontra uma alternativa para a satisfação libidinal e, ainda, continua seguindo as imposições da repressão.

Nos *Três ensaios*, Freud (1905/2016) apresenta a definição do que está considerando por pulsão, para diferenciá-la dos estímulos:

Por ‘instinto’ [*Trieb*] não podemos entender, primeiramente, outra coisa senão o representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que não para de fluir, à diferença do ‘estímulo’, produzido por excitações isoladas oriundas de fora. Assim, ‘instinto’ [*Trieb*] é um dos conceitos na demarcação entre o psíquico e o físico. A mais simples e imediata suposição sobre a natureza dos instintos seria que eles não possuem qualidade nenhuma em si, devendo ser considerados apenas como medida da exigência de trabalho efetuada à psique. O que diferencia os instintos uns dos outros e os dota de atributos específicos é a relação com suas *fontes* somáticas e suas *metas*. A fonte do instinto é um processo excitatório num órgão, e sua meta imediata consiste na remoção desse estímulo no órgão” (Freud, 1905/2016, pp.66–67).

A introdução desses novos conceitos, para Freud (1905/2016), reforça o que descrevemos anteriormente — que a perversão é algo comum em todos os seres humanos e, adotando que todos apresentam essa pré-disposição, ela pode oscilar de intensidade consoante as influências do mundo externo. Porém, que só conseguimos detectar os sinais dessa manifestação na infância, mesmo que nesse período as pulsões apareçam com menos intensidades.

Referente a sexualidade infantil, Freud (1905/2016) ressalta três principais manifestações: a oral, a anal e a genital. Nos dedicaremos apenas à manifestação oral, para explicitar o que o autor propõe ser o autoerotismo, que destacamos como o ponto principal do segundo ensaio.

A manifestação oral, representada pelo ato de chupar/sugar, é definida por Freud (1905/2016) como uma sucção rítmica com a boca (lábios) sem a finalidade da alimentação e que, com isso, causa uma satisfação sexual, buscando um prazer que já foi obtido anteriormente com o ato do mamar. É um exemplo de como a pulsão pode encontrar satisfação no próprio corpo (autoerotismo) e a boca, portanto, se comporta como uma zona erógena. Com essa definição, conseguimos também apreender o caráter de apoio da pulsão: no início do ato de sugar (com a amamentação), o prazer estava associado a uma necessidade de nutrição; posteriormente, o bebê vai em busca da repetição dessa satisfação primitiva, procurando outros meios de obtê-la (Freud, 1905/2016). Nesse sentido, a pulsão sexual se apoia em uma função de conservação da vida (a alimentação) e, somente em um segundo momento, passa a ser independente. Para Freud (1905/2016), o ato de chupar, suas características e objetivos, exemplificam o modo de funcionamento pulsional das demais atividades sexuais infantis, que seguem a mesma tendência. Também já explicita as principais características das zonas erógenas, sendo, portanto, uma parte da pele ou mucosa em que estímulos rítmicos de determinada espécie provocam sensações de prazer. Qualquer parte do corpo pode servir de zona erógena, pois o prazer depende mais da qualidade do estímulo do que da especificidade da parte do corpo em si (Freud, 1905/2016).

A meta sexual na infância, por consequência, é a obtenção de satisfação pela estimulação da zona erógena escolhida anteriormente, por meio da repetição da vivência de satisfação. Para Garcia-Roza (1995), é o momento em que a sexualidade infantil deixa de ser um conceito descritivo para ser, de fato, um conceito “explicativo” (p. 32), designando que a natureza da sexualidade humana, seja no adulto ou na criança, está sempre em busca de uma satisfação (a qual é sempre parcial) e marcada pela incompletude.

Freud (1905/2016) acentua que a característica principal da vida sexual infantil é que ela é, essencialmente, autoerótica, e as pulsões sexuais são parciais — ou seja, obtêm satisfação sem conexão entre si, de maneira independente. Com o desenvolvimento da vida sexual comum, a tendência é que elas passem a servir para a função reprodutiva, se organizando sob uma única zona erógena para alcançar a meta sexual em um objeto externo. Freud (1905/2016) considera que o universo da pulsão sexual ainda apresentava diversos enigmas, que foi decantando ao longo de sua clínica e que, com a observação e o aprofundamento do estudo com as neuroses, conseguiu delinear de forma mais inteligível. A introdução do tema das mudanças decorrentes da puberdade clarificou ainda alguns pontos que estavam obscuros para o autor.

No terceiro ensaio, Freud (1905/2016) aponta algumas diferenças da pulsão sexual na infância e na puberdade. Afirma que a pulsão que era autoerótica, com a chegada da

adolescência, encontra um objeto sexual e, com isso, advém uma nova meta e a convergência das pulsões parciais para atingi-la, enquanto as zonas erógenas abrem espaço para a prevalência da zona genital. Freud (1905/2016) apresenta, portanto, uma nova constatação fundamental para nossa pesquisa: de que a tensão sexual apresenta um caráter prazeroso e desprazeroso ao mesmo tempo. Para esclarecer tal afirmação, apresenta a noção de libido. De acordo com Garcia-Roza (1995), esse é um ponto fundamental para a elucidação do conceito de pulsão sexual.

Para Freud (1905/2016), a libido consiste em “uma força quantitativamente variável que poderia medir processos e transposições no âmbito da excitação sexual” (p.135). É uma energia distinta dos processos psíquicos em geral, sendo uma excitação proveniente de todos os órgãos do corpo. De acordo com Garcia-Roza (1995), em vários momentos da obra, Freud adota o termo libido e pulsão sexual como sinônimos, evidenciando o quanto ambos são indissociáveis. Com essa nova constatação, faz a introdução da terminologia *libido do Eu* — ou narcísica, “cuja produção, aumento ou diminuição, distribuição e deslocamento deve nos oferecer possibilidades de explicar os fenômenos psicosexuais observados” (p.135). A libido do Eu, de acordo com Freud (1905/2016), só é acessível após seu investimento nos objetos sexuais, quando se transforma em libido objetal. Ela é considerada o grande reservatório dos investimentos e é, por necessidade e por regra, sempre de natureza ativa — mesmo quando as metas são passivas.

Nesse aspecto, já podemos considerar a primeira formulação da teoria das pulsões — entre as pulsões sexuais e pulsões do Eu. Avançamos, então, ao primeiro dualismo.

4.3 PRIMEIRO DUALISMO PULSIONAL

Entre os anos de 1905 e 1920 foi o período “em que a produção intelectual de Freud atinge seu apogeu” (Mezan, 1982, p.151), com a publicação de diversos artigos e, em sua maioria, o tema central foi o conceito de pulsão, ainda que de maneira indireta (Mezan, 1982). De acordo com Hanns (2004a), inicialmente, Freud compreendia o conflito psíquico entre ideias e representações incompatíveis com a consciência (principal formulação na clínica da histeria), porém, com a introdução da noção de pulsão, o conflito passou a ser entre as pulsões sexuais e do Eu. Durante esses anos, o embate entre as pulsões sexuais e do Eu foi predominante na mente do autor, que com elas buscava tornar cada vez mais claro o modo de funcionamento do psiquismo (Mezan, 1982). Foi com o estudo das psiconeuroses que Freud (1915/2020) conseguiu fazer uma distinção das duas classes de pulsões, encontrando na raiz de cada um dos

sintomas um conflito entre as reivindicações da sexualidade e do Eu. Nesse sentido, o primeiro dualismo pulsional é marcado pela disputa entre essas duas forças que, para Marioto (2016), representam o conflito entre os interesses do indivíduo e os interesses da espécie.

A energia da pulsão sexual, conforme afirma Garcia-Roza (1995), é a libido e sua economia regida pelo princípio do desprazer/prazer. Ao discorrer sobre os dois princípios do funcionamento mental, Freud (1911/2004), pela primeira vez, propõe uma definição dos princípios reguladores da vida mental, considerando o princípio do prazer como regulador do processo psíquico primário e o princípio de realidade do processo psíquico secundário. O princípio de realidade, como reiteram Laplanche e Pontalis (2001), é um sucessor do princípio do prazer, aparecendo secundariamente como uma modificação deste, com o intuito de adaptar o aparelho psíquico para a realidade exterior, o que não significa a eliminação do princípio do prazer. Para os autores,

Por um lado, o princípio de realidade garante a obtenção das satisfações no real e, por outro, o princípio de prazer continua a reinar em um amplo campo de atividades psíquicas, espécie de domínio reservado entregue à fantasia, e funciona segundo as leis do processo primário: o inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2001, p.369).

Desse modo, para Freud (1911/2004), um prazer que seria momentâneo e incerto (regido pelo princípio do prazer) é abandonado para garantir que, posteriormente, esse prazer seja obtido por outras vias (pelo princípio de realidade), assegurando que o aparelho psíquico não sofra danos ao investir energia em algo que poderá provocar desprazer.

Com relação à pulsão do Eu, Garcia-Roza (1995) afirma que ela tem sua energia retirada do “interesse” (p.36), visando a autoconservação do indivíduo. As pulsões do Eu são consideradas conservadoras e, por isso, são opostas às pulsões sexuais, que visam a satisfação. Ainda consoante o autor, a libido não traz indicação quanto a natureza do objeto a ser investido, sendo a única referência a experiência primária de satisfação (Garcia-Roza, 1995). Devido a isso, o movimento da libido é sempre a busca pela repetição da primeira experiência de satisfação e, para isso, procura caminhos marcados anteriormente — pelas facilitações. O conceito de zona erógena, apresentado nos *Três ensaios*, também auxilia na compreensão da diferenciação entre a pulsão sexual e pulsão do Eu, considerando que a segunda é determinada pela biologia do corpo e seu modo de funcionamento, já a primeira engloba todas as partes do corpo, sendo múltiplas e variáveis (Marioto, 2016).

Outra questão fundamental que precisamos delimitar é a proximidade entre as pulsões do Eu e a autoconservação. De acordo com Mezan (1982), apesar de já se presentificar de maneira implícita na obra freudiana, é somente no artigo *Concepção psicanalítica do transtorno*

psicogênico da visão, de 1910, que Freud faz essa identificação, apesar de elas se constituírem como dois processos distintos. Para Strachey (1996d), também é neste texto que o termo pulsão do Eu é utilizado pela primeira vez, pois nos *Três ensaios* fica demarcado que o Eu é uma instância capaz de inibir, de conter as pulsões sexuais, mas não como possuindo um caráter pulsional. Ao explicar o transtorno visual psicogênico, entendendo o mesmo como um sintoma da histeria, Freud (1910/2013) ressalta:

... a importância dos instintos na vida imaginativa; verificamos que cada instinto procura se impor mediante a vivificação das ideias condizentes com suas metas. Nem sempre esses instintos são compatíveis entre si; com frequência têm conflitos de interesses; as oposições das ideias são apenas expressão das lutas entre os instintos que servem à sexualidade, à obtenção de prazer sexual, e os outros, que têm por meta a autoconservação do indivíduo, os instintos do Eu (pp. 317–318).

Nesse sentido, o Eu se sente ameaçado com as exigências das pulsões sexuais e, com isso, faz um trabalho de desvio, reprimindo-as. Assim, a pulsão do Eu/autoconservação possui uma função repressiva, de defesa do Eu (Maldonado, 2005). O dualismo pulsional, nesse momento teórico, “nos possibilita entender a neurose, situando o conflito vivenciado pelo paciente como resultante do duelo travado entre pulsões sexuais e pulsões de autoconservação” (Marioto, 2016, p.56).

Mesmo com a teoria das pulsões já esboçada, foi somente em 1915 que Freud, de acordo com Strachey (1996e), desenvolveu um artigo que tratava sobre o assunto de forma mais clara e abrangente — *As pulsões e seus destinos* — considerado texto chave para a compreensão de diversos desdobramentos concomitantes da obra freudiana, como as noções de narcisismo e de recalque. Iannini e Tavares (2020) demarcam que *Pulsões e seus destinos* é o texto de abertura de um conjunto de cinco artigos metapsicológicos de Freud escritos entre 1914 e 1915, composto por *O recalque* (1915), *O inconsciente* (1915), *Complemento metapsicológico à doutrina dos sonhos* (1917), e *Luto e melancolia* (1917); que tinham como objetivo a elaboração de uma síntese da teoria psicanalítica. Devido a isso, pela centralidade das ideias explanadas por Freud neste artigo, apresentaremos as principais questões elencadas pelo autor — nos detendo na definição de pulsão e seus elementos fundamentais.

O conceito de pulsão é o que “ilumina a metapsicologia e demarca a especificidade da clínica psicanalítica” (Iannini & Tavares, 2020). Para Birman (2016) é um conceito imprescindível e que não pode ser dispensado na leitura dos fenômenos psíquicos, considerando que sem ele a prática psicanalítica não pode ser sustentada. A pulsão, portanto, é compreendida como conceito fronteira entre o psíquico e o somático, “como representante psíquico dos

estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal” (Freud, 1915/2020, p.25). Assim como o estímulo externo, que atinge o organismo e, então, é reconduzido para o exterior por meio de uma ação (o movimento reflexo), a pulsão é um estímulo para o psíquico, proveniente do interior do corpo e que nunca age como uma força momentânea — ela é sempre constante (Freud, 1915/2020). Afirma Hanns, nos *Comentários do editor brasileiro das Obras psicológicas de Sigmund Freud* (2004b), que Freud dá a principal ênfase ao papel da pulsão (*Trieb*) nessa interligação entre o somático e o psíquico, ressaltando que essa ligação cobra seu preço — de ser uma pressão ininterrupta e de trabalho contínuo na busca de objetos. Por outro lado,

Trieb permite a Freud integrar... em um sistema complexo e abrangente em que pulsões se fusionam (e se desfusionam), se enlaçam (e se liberam), progridem (e regridem), se deslocam (e se distorcem), se condensam, mudam de direção e sofrem transformações de natureza, transitando entre o corpo, a psique, o consciente e o inconsciente, assumindo diferentes roupagens (*Umkleidungen*) nos processos psicodinâmicos (pp.140/141).

Por surgir internamente, como afirma Freud (1915/2020), não é possível um movimento de fuga dos estímulos pulsionais, sendo necessária uma ação específica para apaziguá-los. “A melhor denominação para o estímulo pulsional é o termo ‘necessidade’ [*Bedürfnis*]” (Freud, 1915/2004, p.146), e o que suspende essa necessidade é chamado de satisfação. Desse modo, Freud (1915/2020) enfatiza que o sistema nervoso tem como principal característica livrar-se de todo e qualquer estímulo, no entanto, a pulsão obriga-o a ir contra sua essência, pois os estímulos pulsionais são constantes e inevitáveis. O modo como o aparelho psíquico regula esses estímulos é pela via do princípio do prazer. De acordo com Birman (2016), pela incapacidade de eliminação completa das excitações, o psiquismo trabalha no sentido de tentar dominá-las, já que esse acúmulo é gerador de desprazer e, essa dominação, implica em inscrevê-las em representantes psíquicos — “Seria assim, pela mediação da inscrição das excitações em representantes psíquicos que a regulação das ditas excitações pulsionais se realiza efetivamente” (p.75). Por essa razão que, de acordo com Garcia-Roza (2009), a pulsão nunca se dá por si mesma, nem na consciência, nem no inconsciente, pois só é possível reconhecê-la através de seus representantes — a ideia e o afeto — “não há pulsão sem representação, assim como não há representação sem pulsão” (Garcia-Roza, 1995, p.85).

Pinheiro (2019) enfatiza que a pulsão, de maneira geral, se constitui como um circuito, ao passo que Birman (2016), corroborando tal afirmação, acrescenta que os elementos

fundamentais — pressão, objeto, meta e fonte — indicam a funcionalidade desse circuito, o qual, de maneira simplificada, descreve como: uma excitação, que surge do interior do organismo, pressiona o aparelho psíquico, que busca uma via de descarga e, por meio de um objeto, obtém a satisfação que o escoamento da excitação proporciona. Com a experiência de satisfação “as condições presentes nas fontes da pulsão e disparadoras do impulso seriam efetivamente modificadas” (Birman, 2016, p.79), finalizando, desse modo, o circuito pulsional, que se repete insistentemente e que é permanentemente relançado.

O psiquismo é considerado um aparelho de captura pulsional, capaz de regulá-la e dar um direcionamento, destinos que, de acordo com Garcia-Roza (1995), podem ser variados. Como vimos anteriormente, a meta da pulsão é a obtenção de satisfação, no entanto, isso não ocorre de forma direta e imediata, necessitando da intermediação do objeto para atingir sua finalidade. Esse caminho encontra barreiras, censuras em seu percurso e, por isso, Freud (1915/2020) percebe os destinos pulsionais como formas de defesa do aparelho psíquico — que também são formas de satisfação. Garcia-Roza (2009) pontua que:

A rigor, uma pulsão não pode ser nem destruída, nem inibida; uma vez tendo surgido, ela tende coercitivamente para a satisfação. Aquilo sobre o qual incidirá a defesa é sobre os representantes psíquicos da pulsão, os quais vão conhecer destinos diversos (p.126).

Deste modo, só conseguimos reconhecer o funcionamento pulsional a partir de seus representantes que, para Garcia-Roza (1995), são classificados em dois: o ideativo e o afetivo, tendo cada um uma especificidade e diferentes destinos.

Em *As pulsões e seus destinos*, Freud (1915/2020) versa somente sobre os destinos do representante ideativo da pulsão sexual, alegando que em seus estudos clínicos com as psiconeuroses só foi possível um aprofundamento do funcionamento pulsional, até esse período, desse grupo específico. Os destinos, portanto, são classificados em: a reversão em seu contrário; retorno em direção à própria pessoa; o recalque; e a sublimação. Garcia-Roza (1995) acrescenta que os destinos do afeto são elencados por Freud em 1894, em uma carta à Fliess, considerando três: a transformação do afeto (histeria de conversão); deslocamento afetivo (ideias obsessivas); e troca afetiva (neurose de angústia). Trataremos em nossa pesquisa somente dos destinos da reversão em seu contrário e o retorno à própria pessoa, entendendo que a elucidação dessas vicissitudes é necessária para o entendimento das noções desenvolvidas por

Freud em um período posterior, no segundo dualismo pulsional¹³, também por ser o ponto de interesse de nossa pesquisa, que podemos inferir como sendo a base para o aprofundamento das noções de sadismo/masochismo, que nos deteremos posteriormente.

A pulsão, na reversão ao seu oposto, apresenta dois processos distintos, sendo da atividade para a passividade e da inversão de conteúdo (Freud, 1915/2020). O primeiro caso é ... o que ocorre no par de opostos sadismo-masochismo e no voyeurismo-exibicionismo, onde a transformação diz respeito ao objetivo da pulsão: o objetivo ativo maltratar ou olhar é substituído pelo passivo ser maltratado ou ser olhado. A transformação quanto ao conteúdo ocorre no caso isolado da mudança de amor e ódio (Garcia-Roza, 1995, p.121).

No retorno para a própria pessoa, Freud (1915/2020) utiliza como exemplo o masochismo, considerando um sadismo que retornou contra o próprio Eu, sendo o principal processo a troca de objeto e a manutenção da meta.

Nessa perspectiva, a transformação em seu contrário e o retorno à própria pessoa, Garcia-Roza (1995) acredita que, para Freud, há uma coincidência de processos — a passagem da atividade para a passividade também pode corresponder a uma mudança de objeto, na qual a própria pessoa se coloca no lugar do outro. No caso do masochismo, é um sadismo que retorna ao sujeito, mas que pressupõe a presença de um outro como ativo na ação, supondo, portanto, a existência de um sadismo originário¹⁴. Nas palavras do autor, “um sádico é sempre ao mesmo tempo um masochista, da mesma forma que podemos dizer que um voyeurista é sempre ao mesmo tempo um exibicionista” (p.124). Essas transformações não ocorrem de maneira isolada, coexistindo e alternando sua predominância durante toda a vida, funcionamento que Freud (1915/2020) denominou de ambivalência e que demarca novamente, conforme afirma Pinheiro (2019), o caráter circular da pulsão. Considerando essa alternância entre destinos pulsionais, fica evidenciado que ela nunca encontra a plena satisfação, sendo destinada à repetição.

Garcia-Roza (1995) ressalta que, ao formular o artigo sobre as pulsões, Freud estava mais preocupado com as representações, com as pulsões já capturadas pelo aparelho psíquico e já submetidas ao funcionamento do princípio do prazer, do que com as pulsões que não

¹³ No segundo dualismo pulsional, de acordo com Garcia-Roza (1995), Freud propõe uma tese que contradiz a descrita no artigo *As pulsões e seus destinos* neste aspecto, ao formular *O problema econômico do masochismo*. Abordaremos tais questões no próximo subcapítulo.

¹⁴ Essa noção que será reformulada posteriormente por Freud.

estavam ligadas pelas representações, afirmando que Freud, “quando procura determinar seu estatuto na teoria psicanalítica, hesita em pensá-las com independência das representações” (p.157). A situação começou a ser modificada com a introdução da noção de narcisismo na teoria psicanalítica que, de acordo com Marioto (2016), é o ápice de desestruturação do primeiro dualismo pulsional e ponto para a formulação do segundo.

O artigo *À guisa de introdução ao narcisismo* (2004), escrito por Freud em 1914, é concebido como um dos trabalhos mais importantes do autor, servindo como sustentáculo para a reformulação de diversas outras noções já propostas e momento de partida para o desenvolvimento de raciocínios posteriores (Strachey, 1996f). O narcisismo é considerado uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal, designado pelos sexólogos do período como “o comportamento do indivíduo que trata o próprio corpo como normalmente só trataria um objeto sexual” (Freud, 1914/2004, p.97). É, para Freud (1914/2004), o complemento libidinal do egoísmo próprio da pulsão de autoconservação, que ocorre quando a libido é retirada do mundo externo e redirecionada ao Eu. Esse modo de funcionamento é denominado pelo autor de narcisismo secundário. O narcisismo primário, como afirma Garcia-Roza (1995), está situado entre o autoerotismo e o narcisismo secundário, ele não está presente desde o início da vida, pois para o narcisismo ocorrer é necessário um Eu constituído.

A constituição desse Eu efetiva-se com o concurso da revivescência do narcisismo dos pais que atribuem ao filho todas as perfeições, além de concederem a ele privilégios que eles próprios foram obrigados a abandonar. O Eu que surge da confluência da imagem unificada que a criança faz de seu próprio corpo e dessa revivescência do narcisismo paterno é o *Eu ideal (Ideal Ich)*, que corresponde ao narcisismo primário (Garcia-Roza, 1995, p.48).

O que Freud (1914/2004) acrescenta, ao adotar a noção de narcisismo para sua teoria, é a conclusão de que o Eu também é investido de libido, que até então era concebido como sendo o interesse, e não a sexualidade, sua energia de base. Complementa, também, que uma parte desta libido é direcionada aos objetos externos e outra é retida no próprio Eu. Com isso, faz uma nova distinção entre libido do Eu e libido objetal, afirmando que elas coexistem no narcisismo e que, somente em um momento posterior da vida, que é possível distingui-las. Deste modo, surge uma dificuldade teórica que Freud precisou rever — de como diferenciar então a libido sexual da energia não-sexual, já que o Eu, com o narcisismo, também é investido pela pulsão sexual? De acordo com Monzani (1989), Freud percebe a fragilidade da teoria pulsional proposta por ele até o momento e, apesar do esforço em manter o dualismo, reconhece

que a oposição entre as pulsões sexuais e pulsões do Eu havia se tornado inapropriada e, com esse cenário, visou reestruturar a teoria.

Sob um novo ângulo, a publicação do artigo *Além do princípio do prazer* (1920/2006) foi um divisor de águas na teoria da pulsão. Com uma modificação do dualismo proposto até então, Freud faz a união da pulsão sexual e pulsão do Eu, denominando o conjunto de pulsões de vida, em oposição com a pulsão de morte, inaugurando o segundo dualismo pulsional, que será nosso próximo objeto de estudo.

4.4 SEGUNDO DUALISMO PULSIONAL

O segundo dualismo pulsional começou a ser estruturado por Freud a partir do ano de 1920. É comum entre os comentadores a constatação de que este período é considerado a virada da teoria freudiana, marcado pela inclusão de um elemento radicalmente novo: a pulsão de morte (Mezan, 1982). Conforme afirma Monzani (1989), a comunidade psicanalítica não recebeu bem essa nova asserção de Freud, gerando controvérsias e discussões que, até hoje, são colocadas em questão, por abalar uma estrutura que já estava bem delineada — do primeiro dualismo pulsional — mesmo apresentando diversos impasses. A nova proposição de Freud só conserva um traço em comum com a primeira: o dualismo, sendo a noção de pulsão de morte uma das mais confusas e difíceis de serem apreendidas da teoria psicanalítica (Monzani, 1989).

O que Freud (1920/2006) defendia em seus escritos anteriores a 1920 estava relacionado ao modo de funcionamento do princípio do prazer e sua hegemonia. Afirmava que prazer e desprazer estavam relacionados com a quantidade de excitações presentes no psiquismo, acúmulo e descarga das tensões, reforçando a tendência do aparelho psíquico a manter a quantidade energética o mais baixa possível — ou ao menos constante — evidenciando o funcionamento econômico da vida psíquica (concatenando ao princípio de constância, já explicitado anteriormente). As situações vinculadas ao desprazer eram associadas ao processo primário e secundário, ao princípio de realidade e aos conflitos próprios do aparelho e do processo de recalque, considerando que quando as pulsões sexuais ficavam privadas de satisfação, elas encontravam caminhos alternativos, desvios, para obter ao menos uma satisfação substitutiva e, com isso, resultando em um desprazer ao Eu. “Grande parte do desprazer que sentimos é de ordem perceptiva” (Freud, 1920/2006, p.138), seja por pressão interna de pulsões insatisfeitas ou de uma percepção externa que desencadeou a noção de um perigo.

No entanto, três situações clínicas percebidas por Freud, e detalhadas no artigo *Além do princípio do prazer* (1920/2006), trouxeram questionamentos em relação aos limites deste princípio, fazendo-o repensar sua proeminência. São elas: os sonhos traumáticos nas neuroses de guerra, o impulso repetitivo na brincadeira infantil e os fenômenos da transferência dos pacientes em análise.

As neuroses traumáticas apresentam ocorrências de fixação na vivência do trauma e a repetição da situação geradora de sofrimento através do sonho contraria o que, até então, foi desenvolvido a respeito da teoria dos sonhos — como realização de desejos inconscientes (Campos, 2015). Campos (2015) ressalta que Freud, no período de trabalho com Breuer, já reconhecia essa fixação nos casos de histeria, pois as pacientes sofriam de reminiscências (com as lembranças das experiências traumáticas). Contudo, na histeria, o princípio do prazer é evidentemente atuante, o que parecia diferente nos casos de neurose traumática, e isso chamou a atenção do autor — por não observar uma possibilidade de prazer nesse fenômeno apresentado.

Com relação ao impulso repetitivo nas brincadeiras infantis, Freud (1920/2006) constatou que a criança, ao brincar, transpõe as impressões que causaram grande impacto em sua vida, como um modo de elaboração da situação ao qual foi submetida. No entanto, de acordo com Azevedo e Mello-Neto (2015), na brincadeira a criança se diverte ao recriar e repetir situações desagradáveis, que causaram desprazer, como uma forma de ligar a energia, que estava solta no psiquismo, buscando vincular algo que provocava desprazer a uma ação prazerosa.

No tratamento analítico de pacientes neuróticos, Freud (1920/2006) percebe, na relação transferencial com o analista, a repetição de conteúdos recalcados como se fossem uma vivência atual. Essa repetição carrega conteúdos da vida sexual infantil e, para o autor, de modo algum conseguiram proporcionar prazer, nem no momento presente, nem no período pregresso. Porém, essas situações desprazerosas emergem como uma coação, como se o paciente fosse obrigado a repeti-la compulsivamente. Essa repetição de situações dolorosas do passado é uma prova de que o que se repete não faz parte dos processos do Eu e, por isso, escapam ao processo secundário e estão totalmente à margem do princípio do prazer (Mezan, 1982). “Nas neuroses de transferência, cuja pré-condição é a repressão, o que se repete é a própria pulsão, impedida de se manifestar de outra forma pela barreira repressiva” (Mezan, 1982, p.258).

Deste modo, essas três situações clínicas propostas por Freud (1920/2006), confirmam a hipótese de que “realmente existe na vida psíquica uma compulsão à repetição [*Wiederholungszwang*] que ultrapassa o princípio do prazer” (p.148), que inclusive se apresenta

como algo mais arcaico, independente e mais pulsional do que este, suplantando-o. De acordo com Monzani (1989), nenhum desses fenômenos, se observados isoladamente, permitem a conclusão de uma compulsão à repetição que estaria além do princípio do prazer. No entanto, é a partir de um encadeamento de ideias, de um fio condutor entre elas, que Freud conseguiu extrair a hipótese de um resíduo inexplicável que persiste, um ponto em comum que não se coaduna com o princípio que predomina o aparelho psíquico. O que Freud (1920/2006) ressalta é que existem processos que ocorrem de modo independente do princípio do prazer e que existem antes mesmo deste imperar no psiquismo. Essa compulsão à repetição pode ou não estar vinculada ao princípio do prazer, porém, quando se opõem a ele, se apresenta como um “caráter demoníaco” (p.159).

Para esclarecer a relação entre a compulsão à repetição e o princípio do prazer, Freud (1920/2006) resgata a noção de trauma. Monzani (1989) afirma que a neurose traumática é uma noção formulada por Freud desde seus estudos com Charcot, sendo ligada a eventos acidentais e catástrofes, colocando em questão o equilíbrio do aparelho psíquico, provocando uma espécie de “pane” (p.159). O traumatismo é entendido como “uma excitação provinda do exterior (trata-se, portanto, do trauma que tem por causa algo externo) e capaz de provocar uma falha na paraexcitação” (p.159). Desse modo, o trauma implica na ruptura de uma barreira que neutraliza estímulos.

Para exemplificar esse modo de funcionamento, Freud (de acordo com Monzani, 1989), utiliza o mecanismo da dor, acreditando que este se assemelha ao funcionamento pulsional. O que ocorre na dor é o rompimento de uma barreira por uma grande quantidade de excitação e, a partir disso, o aparelho psíquico se vê obrigado a mobilizar, mediante um contrainvestimento, a excitação, na tentativa de ligá-la a representações. A diferença que Monzani (1989) pontua haver entre a dor e o trauma é de que a dor é um rompimento focal, em local específico; já o trauma é um rompimento generalizado, sobrecarregando intensamente o aparelho psíquico. Para que o princípio do prazer predomine no psiquismo é necessário que as excitações estejam ligadas, domadas, processo realizado pela compulsão à repetição e, somente a partir disso, que o aparelho psíquico começa a se constituir (Caropreso & Simanke, 2006). “Não é possível pensar na vigência do princípio do prazer, na sua ação, enquanto o aparelho psíquico não dominou, não fixou a energia (ou a excitação) que o invade” (Monzani, 1989, p.168). Para Garcia-Roza (2014b), quando a energia da excitação permanece livre, ela tende à descarga — provocando uma desestruturação — e que um estado de total dispersão de energia é considerado um momento mítico. Portanto, o trauma — concebido como esse excesso de excitação que

rompe as barreiras protetoras do psiquismo — é o que inaugura a compulsão à repetição (Souto & Riguini, 2021/2022).

Destacamos no segundo capítulo desta dissertação o mecanismo da dor, descrito por Freud no *Projeto para uma psicologia científica*, de 1895, por compreender a relevância desse recurso para o entendimento deste ponto proposto pelo autor, vislumbrando o quanto a teoria freudiana é uma construção complexa e de que algumas noções e conceitos precisaram ser previamente incluídos e explorados para clarificar o desenvolvimento desse momento teórico posterior.

Retomando as considerações sobre a compulsão à repetição, de acordo com Campos (2015), a constatação desse fenômeno fez com que Freud modificasse o conceito de pulsão, que antes era uma noção relacionada exclusivamente ao aparelho psíquico — através de suas representações, como conferimos na descrição do primeiro dualismo — para ser encarada como ... uma força impelente [*Drang*] interna ao organismo vivo que visa a restabelecer um estado anterior que o ser vivo precisou abandonar devido à influência de forças perturbadoras externas. Trata-se, portanto, de uma espécie de elasticidade orgânica, ou, se preferirmos, da manifestação da inércia na vida orgânica (Freud, 1920/2006, p.160).

Portanto, Freud (1920/2006) designa um novo formato para a teoria pulsional. Descreve dois grupos de pulsões, o primeiro, de caráter conservador — no sentido de restabelecimento de um estágio anterior — que visa conduzir à morte, o retorno ao inorgânico, à eliminação dos estímulos a zero, denominado de pulsão de morte. O segundo reúne o conjunto das pulsões que zelam pela manutenção da vida, ao progresso, ao desenvolvimento, preservando a vida pelo período mais longo possível, denominado de pulsão de vida. As pulsões de vida abrangem as pulsões sexuais e as de autoconservação, as quais são igualmente conservadoras, porém, em sentido distinto do primeiro grupo — sendo a primeira responsável por garantir a repetição da reprodução e a segunda preservando o organismo de fatores externos (Garcia-Roza, 2009). Para Freud (1923/2007) a pulsão de vida teria como meta fundir cada vez mais a substância viva, dando a ela uma forma mais complexa e buscando preservá-la. Com esse propósito, o objetivo das pulsões de vida não é evitar com que a morte ocorra, mas evitar uma morte que não seja por motivos naturais e internos — “Ela é a reguladora do caminho para a morte” (Garcia-Roza, 2009, p.137).

Nessa nova configuração, as pulsões de vida também são designadas pelo termo Eros, que em grego representa o deus do amor; enquanto as pulsões de morte são atribuídas a Tanatos — morte — apesar de Freud nunca ter utilizado essa segunda nomenclatura em sua obra, sendo adotada por tradutores e comentadores posteriormente (Laplanche & Pontalis, 2001).

Freud (1920/2006) ressalta, ao relacionar o dualismo entre pulsões de vida e de morte, o papel do princípio do prazer, considerando inicialmente que este tem por função tornar o aparelho psíquico livre de excitações ou, ao menos, suspender a pressão interna — correlacionando ao termo Princípio de Nirvana e defendendo que o princípio do prazer estava a serviço da pulsão de morte. No entanto, posteriormente, ao escrever o artigo *O problema econômico do masoquismo* (1924/2007), o autor faz uma distinção importante entre os dois princípios, ao perceber que existem tensões na vida psíquica que provocam sensações de prazer e distensões que provocam desprazer — como na excitação sexual — não podendo, desta forma, manter a identificação entre eles. Assim, afirma que

De toda forma, tivemos de nos dar conta de que, no curso do desenvolvimento dos seres vivos, houve uma modificação que transformou o princípio de Nirvana, associado à pulsão de morte, no princípio de prazer... Penso que não é difícil adivinhar de que força partiu essa modificação do princípio de Nirvana: só pode ter sido da pulsão de vida, da libido, que impôs sua co-participação na regulação dos processos de vida, colocando-se lado a lado com a pulsão de morte. Temos então uma pequena, mas interessante sequência de relações: o princípio de *Nirvana* expressa a tendência da pulsão de morte; o princípio de *prazer* representa a sua transformação em reivindicação da libido; e o princípio de *realidade*, a influência do mundo exterior (Freud, 1924/2007, p.106).

Partindo dessa premissa, as pulsões sexuais podem ser consideradas as verdadeiras pulsões de vida (Garcia-Roza, 2009). Elas mobilizam muito mais energia, tensionam de forma mais pujante o aparelho psíquico, apontadas por Freud (1920/2006) como perturbadoras da tranquilidade, cujo alívio é sentido como prazer. Em contraponto à pulsão de morte, que para o autor realizam seu trabalho de forma mais discreta e silenciosa. De acordo com Maldonado (2005), Freud defende que desde o início da vida pulsão de vida e de morte estão fusionadas e em permanente conflito — sendo o conflito o eixo contínuo de toda a teoria pulsional desde os primeiros escritos freudianos. Desse modo, não é possível a manifestação exclusiva de uma das pulsões, pois podem se fundir e desfundir em proporções variáveis (Freud, 1923/2007). A diferença de expressão entre elas está no fato de que as pulsões de vida se manifestarão de forma mais ruidosa e as de morte de maneira mais furtiva (Garcia-Roza, 1995).

Para endossar esse modo de funcionamento pulsional, Freud (1923/2007) utiliza o argumento de que é por intermédio da sexualidade (pulsão sexual) que a pulsão de morte encontra um caminho de expressão — adotando como exemplo principal as manifestações do masoquismo/sadismo. Desde os *Três ensaios*, de 1905, Freud já destacava a existência de um caráter sádico da pulsão sexual, ainda nos termos do primeiro dualismo. No entanto, a partir de

1920, com a advinda do segundo dualismo, não é mais possível designar o sadismo como uma manifestação exclusiva da pulsão sexual, associando, portanto, esse componente sádico a um impulso destrutivo característico da pulsão de morte (Campos, 2015). Maldonado (2005) ressalta que, ao se aprofundar nas especificidades da pulsão de morte, Freud constatou que todos os seres vivos teriam uma tendência para a autodestruição/destruição, como um traço intrínseco da vida humana. Devido a isso, em diversas passagens de textos, principalmente após 1923, com a publicação do artigo *O eu e o Isso*, Freud utiliza os termos pulsão de destruição ou pulsão de agressão para designar a pulsão de morte, como forma de assinalar as metas desta — incluindo a autodestruição na pulsão de destruição — principalmente quando direcionadas ao mundo externo, demonstrando seus efeitos mais acessíveis (Laplanche & Pontalis, 2001).

O que Freud (1924/2007) adverte, ao explanar sobre a fusão das pulsões e a destrutividade, é que Eros possui uma tarefa perante o organismo: tornar inofensiva a pulsão de morte e encontrar uma forma de escoar e remover a excitação por vias menos nocivas, evitando um dano interno. Para isso, ela desvia grande parcela dessa pulsão para fora, direcionando aos objetos externos e, ao sofrer essa alteração, atua como pulsão de destruição — considerada sadismo. Contudo, uma parcela dessa excitação da pulsão de morte permanece inalterada, não sendo influenciada pela ação da libido e continua ativa no organismo, fixada libidinalmente “entre a dor e o prazer” (p.109). Essa parcela fixada internamente é denominada de masoquismo original (primário/erógeno) (Freud, 1924/2007).

É necessário frisar que, de maneira inicial, Freud não considerava a possibilidade de um masoquismo primário em suas primeiras formulações, alegando que todo masoquismo derivava de um sadismo anterior. De acordo com Strachey (1996g) foi somente após a introdução da noção de pulsão de morte e da análise dos sonhos traumáticos nas neuroses de guerra (que transportavam o paciente novamente para a situação geradora de sofrimento), em 1920, que o autor passou a defender a existência de um masoquismo original:

Do ponto de vista da economia psíquica, a existência de uma vertente [*Strebung*] masoquista na nossa vida pulsional é um fenômeno assaz enigmático... Quando a dor e o desprazer deixam de ter a função habitual de alarmes e, ao contrário, passam a ser metas almeçadas, o guardião de nossa vida psíquica fica paralisado. Assim, ao paralisar o princípio de prazer, o masoquismo se apresenta — diferentemente de sua contrapartida, o sadismo — como um grande perigo para nós (Freud, 1924/2007, p.105).

A partir disso, Freud (1924/2007) reconhece que sadismo e masoquismo correspondem em seu modo de funcionamento, enquanto o sadismo é o retrato da pulsão de morte direcionada ao mundo externo, o masoquismo é direcionado ao interno.

Maldonado (2005) retoma essa questão inserida por Freud a respeito desse modo de funcionamento do masoquismo original e da destrutividade, afirmando que “se a pulsão de morte tem que ser deslocada para o exterior, é porque ela ataca primeiramente o sujeito” (p.58), ou seja, destaca sobre o perigo, apontado na citação anterior, do não deslocamento dessa excitação para os objetos externos, de modo que essa destrutividade recairia sobre o próprio Eu. Desse modo, o que o sadomasoquismo evidencia é que existem situações em que o desprazer deixa de ser um alerta, um aviso de risco ao sujeito, para se tornar uma meta — entra em questão uma renúncia à satisfação, no sentido de que uma descarga pulsional quantitativa já não é mais um sinal suficiente para definir o que é ou não prazer — que prazer envolve um processo que inclui descarga e excitação ao mesmo tempo.

Outra modificação importante que o segundo dualismo pulsional dispôs na teoria psicanalítica foi na reestruturação do aparelho psíquico. Com a introdução da noção de pulsão de morte, a primeira tópica, herdada da *Interpretação dos sonhos* — que era dividida entre os sistemas Cs/Pcs e Ics — passa por uma revisão, deixando o conflito que antes era entre a consciência e o inconsciente, para a oposição pulsional dinâmica entre as instâncias Isso, Eu e Supereu (Maldonado, 2005). A proposição da segunda tópica na teoria freudiana agora serve de base para os conflitos psíquicos, que passam a fundamentar os sintomas neuróticos (Rudge, 2006). As pulsões de vida e de morte, neste novo esquema, não apresentam um lugar fixo, elas habitam todo o psiquismo e sustentam seu funcionamento.

Nessa nova topografia, o Eu é considerado uma organização coesa de processos psíquicos, está interligado com a consciência e com a realidade externa, controlando os acessos à motilidade e o escoamento das excitações ao mundo externo (Freud, 1923/2007). O Eu é encarado como um prolongamento do Isso — com uma parte inconsciente — que foi modificado pela interferência direta do mundo externo, sendo a fronteira entre um e outro, de acordo com Mezan (1982), as resistências que mantêm a repressão. Por ter um caráter mediador, a energia que assegura seu funcionamento provém principalmente de Eros, sofrendo também influência da percepção e da pulsão de morte. Em decorrência dessa relação, o Eu tem por função ordenar os processos psíquicos e submetê-los ao teste de realidade, interpolando o caminho pulsional e obtendo um adiamento da satisfação e, ainda, drenando a libido do Isso.

O Isso é o reservatório das pulsões de vida e de morte (Roudinesco & Plon, 1998). É um polo desordenado,

... um caos, um caldeirão cheio de excitações fervilhantes. Nós o representamos como sendo aberto em direção ao somático na extremidade, ali acolhendo as necessidades dos instintos [pulsões], que nele acham expressão psíquica, mas não sabemos dizer em qual

substrato. A partir dos instintos ele se enche de energia, mas não tem organização, não introduz uma vontade geral, apenas o esforço de satisfazer as necessidades do instinto, observando o princípio do prazer. (Freud, 1933/2010, p.115)

Nessa instância não está presente a questão da temporalidade, ela é uma parte obscura e inacessível, da qual só temos notícias por intermédio do Eu (Freud, 1933/2010). Conforme afirma Freud (1933/2010), o Isso não apreende juízo de valor, moral ou distinção entre o bem e o mal, ele representa “as paixões irrefreadas” (p.117).

Para os propósitos desta pesquisa, a instância denominada Supereu é a que mais merece nossa atenção, por ser uma formação psíquica que desde o seu surgimento opera como um alvo privilegiado da pulsão de morte e exprime uma relação estreita com a destrutividade (Nakasu, 2012). Ele é considerado a consciência moral do primeiro dualismo, agora separado dos domínios do Eu. Assim como o Eu é uma extensão do Isso, o Supereu é uma parte transformada do Eu, resultado de dois fatores importantes: do desamparo/dependência parental infantil e do complexo de Édipo (Freud, 1923/2007). Para Freud (1923/2007), é no complexo de Édipo que se desdobram as mais importantes identificações do indivíduo, sendo o Supereu um caso bem-sucedido dessa identificação com as figuras parentais. O complexo de Édipo é definido como:

... a representação inconsciente pela qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança pelo genitor do sexo oposto e sua hostilidade para com o genitor do mesmo sexo ... Seu declínio marca a entrada num período chamado de latência, e sua resolução após a puberdade concretiza-se num novo tipo de escolha de objeto (Roudinesco & Plon, 1998, p.166).¹⁵

Em *O eu e o Isso*, os termos ideal do Eu e Supereu são utilizados indistintamente por Freud, de forma identificada, e acaba confundindo em certas passagens suas especificidades (Laender, 2005). A constituição deste ideal do Eu se dá pelo sentimento de admiração que a criança cultivava a respeito de seus pais, no entanto, as exigências e proibições impostas por eles são insaciáveis e inatingíveis, ocasionando em um conflito entre o Eu e Supereu — exteriorizados como sentimento de culpa e inferioridade (Freud, 1933/2010). “O ideal-de-eu, o herdeiro do complexo de Édipo, é também a expressão das mais poderosas motivações [*Regungen*] do id e um dos mais importantes destinos da sua libido” (Freud, 1923/2007, p.46). Desse modo, o Supereu guarda uma relação íntima com o Isso, sendo um representante deste

¹⁵ O complexo de Édipo é uma noção central e difusa da teoria psicanalítica, que apresenta diversos desdobramentos e posições diferenciadas em relação ao menino e a menina. Abordamos de maneira mais concisa por não ser o foco de nossa pesquisa, no entanto, compreendemos sua importância para as prossecuções do Supereu na segunda tópica freudiana.

no Eu e, por isso, é também em grande parte inconsciente (Freud, 1923/2007). Conforme afirma Mezan (1982), o Supereu se estabelece como veículo do que existe de mais elevado no ser humano, influenciado pelos valores éticos e culturais. Porém, age no anonimato e permanece, sobretudo, inconsciente, facilitado pela pulsão que o predomina — a pulsão de morte.

A partir da definição da segunda tópica, alicerçada pelo segundo dualismo pulsional, fica mais evidente o modo de funcionamento do aparelho psíquico e seus desenlaces, possibilitando a identificação das manifestações das pulsões de vida e de morte. Para Rudge (2006), das instâncias da segunda tópica, o Supereu é a ferramenta teórica fundamental para o entendimento da operação da pulsão de morte, sem o qual o manejo clínico não seria possível — “a maior fonte de resistência ao tratamento é essa força que luta contra a cura e que visa manter o sujeito na doença e no sofrimento” (p.82). Um dos caminhos da pulsão de morte é permanecer viva no mundo interior do sujeito através do Supereu (Freud, 1923/2007).

Freud (1923/2007) sustenta que a agressividade advinda da pulsão de morte é, em parte, reprimida pelo Supereu de maneira enérgica e, assim, este acaba ficando repleto dela. Quanto mais reprimida e controlada a agressividade (retirada do mundo externo), mais agressivo se torna o Supereu ante o Eu, atingindo-o de maneira severa, correndo-se o risco de levá-lo ao abandono de si — “O aumento e a diminuição da severidade do supereu seria diretamente proporcional ao grau de limitação ou sujeição das pulsões de morte” (Nakasu, 2012, p.473). O Eu, nesse sentido, acaba servindo a três senhores: a realidade, ao Isso e ao Supereu. Esse ataque ao Eu pelo Supereu é denominado por Freud (1924/2007) de masoquismo moral — fundamentado no sentimento de culpa e designado como “necessidade de punição” (p.112). No masoquismo moral o próprio Eu se satisfaz com as humilhações que sofre, sem deixar que isso chegue à consciência (Mezan, 1982), sendo:

... um perfeito testemunho da existência de uma fusão pulsional. Por um lado, sua periculosidade deriva de sua origem na pulsão de morte, daquela parcela que escapou de ser direcionada para fora sob forma de pulsão de destruição, mas, por outro lado, o masoquismo moral também representa [*Bedeutung*] um componente erótico (Freud, 1924/2007, p.115).

O masoquismo moral é considerado a forma mais importante de manifestação da pulsão de morte, por explicar, de acordo com Nakasu e Silva Jr (2013), a necessidade de punição presente em todos os seres humanos, o qual é um produto da cultura — da repressão que esta exerce no psiquismo e da superação do complexo de Édipo. Apesar de não apresentar uma relação aparentemente sexual, pois o foco é o sofrimento, a satisfação libidinal está sempre presente.

Esse caráter cruel do Supereu frente ao Eu é observável na clínica pela reação terapêutica negativa — quando o paciente, ao invés de apresentar melhora com o tratamento analítico, piora seu quadro e intensifica o sofrimento (Freud, 1923/2007). De acordo com Mezan (1982), esse fenômeno clínico demonstra o quando o sofrimento pode ser desejado mais intensamente do que a cura, sendo uma consequência do sentimento inconsciente de culpa — derivado da moralidade, que tem um papel econômico importante nas neuroses. A força encontrada por Freud na reação terapêutica negativa, conforme afirma Rudge (1998), expressa a submissão masoquista do Eu a um Supereu sádico, no qual o sentimento de culpa e a necessidade de punição representam a manifestação da pulsão de morte — que encontra no masoquismo um modo de satisfação.

Podemos incluir entre as manifestações do sentimento de culpa e a atuação da pulsão de morte também as fantasias de espancamento infantis. De acordo com Rudge (1998), o desejo expresso nessas fantasias — de ser castigada pelo pai — demarcam uma relação estreita com o masoquismo moral, atreladas à severidade do Supereu, às identificações oriundas do complexo de Édipo e, por consequência, à emergência do sentimento de culpa ligado a desejos incestuosos.

Desse modo, o segundo dualismo pulsional, estruturado por Freud a partir de 1920 com a publicação do artigo *Além do princípio do prazer*, constitui uma rearticulação dos conceitos do primeiro dualismo em função das descobertas clínicas elaboradas pelo autor (Monzani, 1989). Também foi substancial para o entendimento de fenômenos que ainda permaneciam pouco elaborados na teoria psicanalítica, como a agressividade, a destrutividade e as expressões do sadismo/masoquismo, sustentados de forma mais inteligível com a introdução da noção de pulsão de morte.

4.5 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Neste terceiro capítulo apresentamos ao leitor gradativamente a elaboração da teoria pulsional freudiana. Iniciamos nosso percurso patenteando a primeira tópica, entre as instâncias Ics e Cs/Pcs, para explicar de maneira mais tangível o modo de funcionamento do aparelho psíquico proposto por Freud. Em seguida, deslindamos a noção de sexualidade infantil, acentuando as construções feitas pelo autor no artigo *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905/2016), por ser neste escrito que aparece pela primeira vez a definição do conceito de pulsão (fronteira entre o psíquico e o somático), suas manifestações e modo de funcionamento, contrapondo ao instinto. Posteriormente, aprofundamos sobre o primeiro dualismo pulsional

(entre as pulsões sexuais e do eu/autoconservação), destacando os quatro elementos fundamentais: fonte, objeto, meta e pressão; e os princípios reguladores da vida mental: princípio do prazer e princípio de realidade.

Com a introdução do conceito de narcisismo na obra freudiana, houve uma desestruturação nas formulações que estavam sendo propostas pelo autor, marcando o momento, conforme afirma Rudge (1998), de fracasso do primeiro dualismo pulsional. Saímos desse ponto para introduzir o segundo dualismo pulsional (entre as pulsões de vida e de morte). A partir do artigo *Além do princípio do prazer*, de 1920, que demarca o período de virada da teoria psicanalítica, explanamos sobre os fenômenos clínicos observados por Freud para demonstrar a compulsão à repetição, que coloca em questão a supremacia do princípio do prazer no psiquismo, para apresentar uma nova noção de pulsão — força impelente que visa o retorno ao inorgânico. Desse modo, destacamos as relações entre Eros e Tanatos, os conflitos e os desdobramentos que influenciam o funcionamento psíquico.

Outro ponto significativo que abordamos foi a estruturação da segunda tópica (Isso, Eu e Supereu) que, de acordo com Monzani (1989), trouxe mais clareza para as formulações do segundo dualismo. Demos destaque para as noções de Supereu e sua relação direta com o masoquismo/sadismo, compreendendo que o Supereu está intimamente ligado com a pulsão de morte, acentuando o novo lugar encontrado pelas tendências agressivas e destrutivas na teoria psicanalítica.

Do complexo percurso desenvolvido neste terceiro capítulo, o entendimento do paradoxo entre pulsão de vida e de morte, do movimento de fusão/desfusão e a relação direta com as manifestações sadomasoquistas, nos auxiliam a ter uma melhor apreensão da teoria pulsional. Conseguimos vislumbrar, percorrendo a construção da obra de Freud, indícios de como esse mecanismo atua no aparelho psíquico, compreendendo seu intrincamento e aqui escendo com Freud, de que é parte mais importante da teoria psicanalítica, contudo, a menos completa.

Dando seguimento em nossa pesquisa, abordaremos no próximo capítulo a relação entre os conceitos apresentados até o momento e as reflexões que o trabalho na saúde mental pública propiciou, buscando percorrer as trilhas pulsionais delineadas para a compreensão da questão central de nossa pesquisa — sobre a repetição de comportamentos autodestrutivos que geram sofrimento psíquico intenso.

5 ESCUTA CLÍNICA NO CAPS: AS REPETIÇÕES AUTODESTRUTIVAS PELA VIA DO CIRCUITO PULSIONAL

Após o apurado caminho que percorremos no primeiro capítulo dessa dissertação, deslindando, primeiramente, as transfigurações da reforma psiquiátrica, compreendemos as inúmeras transformações ideológicas e sociais do lugar da loucura em nossa sociedade, da implantação das políticas públicas de saúde mental e do modo como estes serviços estão estruturados nos dias de hoje. Similarmente, avançamos em nossa pesquisa, construindo um percurso sobre a noção freudiana de pulsão, seus desdobramentos teóricos e elaborações, atinando para como o aparelho psíquico é construído a partir dos trilhamentos pulsionais e de como estes se manifestam nas relações estabelecidas por cada sujeito com seus semelhantes.

Ao realizarmos uma retomada de nossa questão de pesquisa, julgamos necessário, como objetivo deste quarto capítulo, operar um movimento de retorno à clínica exercida cotidianamente, da qual emergiram nossas indagações. Para tal, iniciaremos o capítulo promovendo uma explanação sobre o local de trabalho e as diversas manifestações observadas na prática da autora como psicóloga em um serviço de saúde mental. Dessa apresentação destacaremos as reflexões possibilitadas com os profusos pontos acentuados no decorrer de nosso estudo.

Para alcançar estes propósitos, em um primeiro momento, faremos uma breve descrição sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mandirituba/PR. Posteriormente, conduziremos a discussão a partir de dois principais eixos, sendo eles:

a) O estigma da loucura em nosso tempo – demarcando os reflexos da história da loucura, da reforma psiquiátrica e da inserção da psicanálise nesse contexto;

b) A expressão da dinâmica pulsional nos comportamentos repetitivos e destrutivos, destacando, conjuntamente, três situações clínicas que nos auxiliam na visualização de tais manifestações:

1) Os trilhamentos pulsionais – a pulsão como intensidade energética intermediada pelo princípio do prazer, adotando a questão da adicção e da dependência química como ponto de interlocução;

2) O campo da sexualidade e o corpo autoerótico – marcado pelo circuito pulsional desde os primórdios da constituição psíquica, utilizando como referência os transtornos alimentares; e

3) O paradoxo entre vida e morte — as formas de organização e contenção da demanda pulsional, sublinhando os comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio.

Os recortes escolhidos não são estanques e atinamos que cada caso é singular. No entanto, de modo geral, inferimos que eles estão articulados entre si, tendo em comum a predominância do prazer, da dor e da mortificação. Empregamos, portanto, essa separação de forma didática, para uma melhor compreensão do leitor sobre os pontos que demarcamos ao longo de nossa exposição e que tomamos para nos auxiliar na compreensão dos comportamentos repetitivos e autodestrutivos, apreendendo que o funcionamento pulsional nos fornece subsídio para tal.

Para assegurar a posição adotada neste capítulo, nos apoiaremos nas concepções freudianas desenvolvidas e elaboradas no decorrer de nossa pesquisa, promovendo uma articulação com artigos científicos de comentadores contemporâneos que sustentam a prática psicanalítica na esfera pública e nos serviços de saúde mental. Entremearmos, também, com as vivências que foram disparadoras de interrogações a esse respeito. Esse movimento de retorno, agora alicerçado pela teoria psicanalítica, se faz necessário, pois nos possibilita refletir sobre a importância da temática retratada para nosso campo de estudo.

5.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MANDIRITUBA/PR – CAPS I – E AS ELUCUBRAÇÕES POSSÍVEIS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), campo de atuação como psicóloga da rede pública de saúde, está localizado na cidade de Mandirituba, região metropolitana de Curitiba, no estado do Paraná. Foi inaugurado no ano 2014 e está enquadrado na modalidade I – atendimento de todas as faixas etárias, dependência química e transtorno mental, de segunda a sexta-feira. O público atendido é composto por pacientes a partir de 4 anos de idade, com sofrimento psíquico intenso, transtornos mentais, usuários de substâncias psicoativas e outras situações que impossibilitem o estabelecimento de laços sociais e projetos de vida, visando sempre a reinserção e a reabilitação.

A chegada do paciente ao serviço pode acontecer de duas maneiras: por demanda espontânea – na modalidade porta aberta – ou por encaminhamento de outros serviços: hospitais, Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar, entre outros. No acolhimento inicial (geralmente o primeiro contato que se tem com o serviço) é realizado o cadastro do paciente, a escuta das queixas e demandas e preenchida a

Estratificação de Risco em Saúde Mental (ERSM)¹⁶ (que pode ser feita por outros setores da saúde e, quando o usuário já chega com ela em mãos, esta etapa não é necessária).

De acordo com Paraná (2014), a ERSM é um documento fundamentado na necessidade de definir o nível no qual a assistência será realizada – compreendendo que o CAPS acolhe os transtornos mentais graves e persistentes – e definir o nível auxilia o profissional que faz o acolhimento quanto ao direcionamento de qual serviço da rede prestará a assistência necessária, se na atenção primária (nas UBS, por exemplo) ou na atenção secundária (CAPS). Os sinais e sintomas elencados na ERSM são subdivididos em grupos, conforme a frequência em que se presentificam nos últimos meses, e o profissional responsável pela escuta inicial faz o somatório resultante na definição do nível em que aquele paciente se encontra (baixo, médio e alto risco), indicando as condutas necessárias a partir disso.

Quando identificada que a demanda do paciente é pertinente a outro setor da rede, é efetuado o encaminhamento a serviços presentes no município, conforme a necessidade observada no momento. Sendo reconhecido que o paciente necessita do acompanhamento no CAPS, é realizada a discussão em equipe sobre a situação e agendadas as avaliações multiprofissionais. No momento da avaliação é definido o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente, no qual são estabelecidos seus objetivos de vida e o regime de seu tratamento, de acordo com suas necessidades (regime intensivo: quatro a cinco dias na semana; semi-intensivo: dois a três dias; e o não intensivo: uma vez na semana). Em seguida ele é inserido em grupos terapêuticos, oficinas multiprofissionais e/ou atendimentos individuais, assim como encaminhado para o atendimento médico/ psiquiátrico. Essas etapas descritas não são obrigatoriamente fixas, por dependerem de cada caso, podendo ser invertido ou priorizado algum atendimento quando observado no acolhimento inicial tal necessidade.

No CAPS Mandirituba são atualmente oferecidas as seguintes atividades: atendimento individual; atendimento em grupo; oficinas terapêuticas; atendimento familiar; visitas domiciliares e atividades comunitárias. Os pacientes que participam das oficinas terapêuticas e dos atendimentos em grupo no dia recebem uma refeição ou um lanche a cada período de 4 horas, conforme estabelecido pela legislação – Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde.

A equipe multiprofissional é atualmente composta por: uma médica; um enfermeiro; duas assistentes sociais; duas psicólogas; duas terapeutas ocupacionais; uma artesã; uma auxiliar de serviços gerais; uma recepcionista e um auxiliar administrativo. Os pacientes são

¹⁶ Anexo 1

divididos entre os profissionais por Técnicos de Referência (quando há a vinculação do paciente com um técnico específico) e por demandas – Adultos TM, Adultos AD, Crianças e Adolescentes. Também são promovidas reuniões mensais da equipe para discussão dos casos e do fluxo de atendimento, reuniões de matriciamento (as quais ocorrem nas UBS, visando auxiliar na conduta e no manejo dos casos de saúde mental na totalidade) e reuniões com a rede e demais dispositivos.

Diariamente, pacientes são encaminhados ao CAPS com as mais variadas demandas, sendo as mais corriqueiras: crises de ansiedade, síndrome do pânico, tentativas de suicídio (de inúmeras formas), sintomas depressivos, diagnósticos de autismo e TDAH, dependência de múltiplas substâncias, crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional e, ainda, solicitações de internamentos psiquiátricos. Os internamentos psiquiátricos também fazem parte da RAPS no estado do Paraná e são considerados uma alternativa quando todas as outras formas de tratamento não estão auxiliando o paciente, ou quando este está em situação de risco (colocando sua vida ou a de outras pessoas em perigo). A regulamentação feita pela portaria n.º 3.588, de 2017, do Ministério da Saúde, dispõe que os internamentos, quando necessários, devem ser de curta duração, com período máximo de 90 dias, e proíbe a criação de mais leitos psiquiátricos além dos já existentes, sendo essa uma conquista da Reforma Psiquiátrica.

Durante o período de 7 anos de permanência no CAPS, entre atendimentos, grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e de rede, foi possível aventar algumas elucubrações.

Ao fazer o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico intenso, atravessadas por diversas situações de violência, precariedade do suporte familiar, falta de recursos financeiros, abandono e conflitos (cada uma dentro da sua especificidade), algumas situações despertaram a atenção e, dentre elas, uma em específico foi a mais notável: a constatação da repetição de alguns fenômenos destrutivos que colocavam em risco a própria vida do paciente: comportamentos como as constantes automutilações (cortes nos braços e nas pernas que necessitavam de pontos devido à profundidade); abuso de múltiplas substâncias, não somente ilícitas, mas também drogas como medicamentos controlados (com prescrição médica), que não eram suficientes para apaziguar por completo o sofrimento avassalador; agressões físicas das mais diversas formas; e, ainda, tentativas de suicídio reiteradas, com medicamentos (ingestão de várias cartelas de uma vez), com corda (tentativa de enforcamento), atirar-se em frente a carros, caminhões ou de uma passarela de pedestres; em um circuito de recorrência que lhes parecia impossível de romper.

Em alguns momentos, ao longo dos atendimentos, pacientes chegavam a expor terem consciência das consequências e dos danos que tais atos provocavam. Por exemplo, eles citavam o afastamento ou a preocupação excessiva que produziam na família; ou os danos à sua própria saúde; ou as consequências, para o motorista e para a família deste, caso tivesse ocorrido o atropelamento planejado. Em outros momentos, pacientes chegavam a pontuar o alívio que sentiam ao efetuar um corte, provocar uma briga ou consumir grande quantidade de drogas, afirmando que a dor sentida no corpo era mais fácil de aliviar do que a dor que sentiam internamente, não conseguindo vislumbrar uma saída para reduzi-la ou amenizá-la.

Quando situações como as relatadas acima chegam ao CAPS, de maneira geral, a equipe profissional se concentra em refletir e viabilizar formas de resolver a situação. Entre elas, é comum tentar a busca por um suporte familiar; verificar sinais de violência ou situações conflituosas que possam ter desencadeado a reação; atentar para questões de precariedade financeira, que incluem a falta de emprego, de alimentos, de atendimento às necessidades básicas. Dessas conjunturas, que realmente desencadeiam e fortalecem o adoecimento, inúmeras são as propostas, tais como: o acolhimento em atendimento individual; iniciar tratamento medicamentoso; cogitar um possível internamento psiquiátrico na falta de outros recursos, buscando preservar a vida desse usuário que está em situação de risco. No entanto, propor um tratamento a partir da psicanálise necessita que outras circunstâncias sejam levadas em consideração.

Tais comportamentos, apesar de reconhecíveis e, diversas vezes, visíveis, provocam intensa angústia e sofrimento; no entanto, continuam se repetindo reiteradamente, como se algo impedisse que essas “amarras” fossem desfeitas. Desse modo, propomos que esses fenômenos evidenciam algo que é próprio do funcionamento pulsional e, portanto, esquadriharemos alguns pontos que fomos destacando ao longo da pesquisa para elucidar a proposição descrita e, ainda, outros impasses relacionados ao trabalho na saúde mental pública que merecem nossa atenção.

5.2 O ESTIGMA DA LOUCURA EM NOSSO TEMPO

Trabalhar com a saúde mental pública nos permitiu ter a percepção, no dia a dia, dos danos que a memória da loucura deixou entranhada em nossa sociedade. É bastante comum a defrontação com o escancarado preconceito para com aqueles que sofrem de transtorno mental, inclusive entre a própria família ou em ambientes de trabalho ou lazer, fazendo com que, em diversas situações, as pessoas deixem de buscar ajuda, acompanhamento, escondendo da

família ou dos amigos, por vergonha de ser considerado “louco”. Também é habitual os usuários relatarem suas dificuldades em revelar para os colegas e familiares que estão sendo atendidos em um CAPS, pois essa informação pode ser entendida como algo negativo e gerar exclusão – em suas igrejas, por exemplo, estar doente pode ser um indicativo de falta de fé, de que é necessário somente orar e acreditar em Deus para que tudo se resolva.

Até mesmo entre amigos ou em locais de trabalho, ter um transtorno mental ou estar passando por um sofrimento em que seja necessário um acompanhamento psiquiátrico e psicológico pode ser entendido como se estivessem desenvolvendo algo contagioso, fora da realidade e do entendimento do senso comum, sendo identificado de forma preconceituosa com o que denominamos, anteriormente, como loucura. Segundo o relato de alguns usuários, muitas vezes, ao expor essas informações, eles são ridicularizados, se tornam motivo de chacota e, em casos extremos, são dispensados do emprego, pois os colegas de trabalho temem tê-los por perto ou por considerarem que são um problema para a empresa devido à baixa produtividade.

Não só o preconceito da sociedade que se presentifica de diversas formas no cotidiano, mas também a existência do preconceito entre os próprios pares. É comum, entre os usuários, principalmente os que estão em tratamentos diferentes, não querer estar no mesmo ambiente que os outros – como os TMs não aceitem ficar no mesmo espaço ou participar das mesmas atividades que os ADs, pois, segundo suas interpretações, os ADs não seriam pessoas confiáveis ou boas companhias. Além disso, os usuários temem que, por estarem próximos aos ADs, sejam igualmente percebidos como consumidores de drogas ilícitas. Ainda, evitam estar próximo de alguém diagnosticado com esquizofrenia, por representarem, em seus discursos e comportamentos, o que os demais consideram como inadequado socialmente e, devido à presença, nesses pacientes, de alucinações auditivas, visuais e, frequentemente, delírios, acabam verbalizando coisas sem sentido, o que provoca estranhamento, medo e até repulsa nos demais usuários.

É possível verificar o preconceito arraigado até mesmo entre os profissionais quando acreditam que algum paciente, por não estar respondendo de maneira positiva ao tratamento, não possui mais possibilidade de melhora. Essa afirmação vem acompanhada de falas relacionando a falta de melhora a uma necessidade de atenção de sua família ou dos próprios profissionais que o atendem. Ademais, alguns profissionais comumente afirmam que alguns usuários só estão frequentando o serviço por, dessa forma, conseguirem de maneira mais rápida um afastamento do trabalho ou receber um benefício social do governo, como uma tentativa de burlar o sistema e, com isso, desacreditam aquilo que o paciente está verbalizando.

Outro fato que, infelizmente, ainda é comum à maioria dos discursos é a questão da periculosidade: o medo de estar próximo de alguém com transtorno, como se a essência de quem padece com um adoecimento psíquico fosse a agressividade, o descontrole e a irracionalidade. Voltando à questão da religiosidade e da moral, também ocorre o julgamento, a crítica, a acusação de que existe uma necessidade em se amparar pela religião, em crenças populares, acreditando que a melhora está atrelada somente a uma vontade, em uma manifestação de interesse em querer melhorar através do próprio esforço, que se a pessoa estiver empregada, ela pode ser curada.

Sobre os internamentos psiquiátricos, solicitados em situações extremas, em diversos momentos foi possível notar, principalmente advindo de familiares, que a real motivação seria ficar por um tempo sem a necessidade de proporcionar cuidados ao parente, de não precisar mais dedicar tempo e energia a tais obrigações, transferindo a responsabilidade aos profissionais ou ao Estado. Reconhecemos que, em inúmeros momentos, de fato não é tarefa fácil para a família promover esse cuidado, que demanda tempo e saúde física e mental. No entanto, tal constatação torna-se evidente em momentos em que familiares questionam o curto tempo de permanência do paciente no hospital, quando não participam das visitas familiares autorizadas na instituição ou mesmo quando solicitam internamentos subsequentes, mesmo sem justificativa plausível para isso.

Um aspecto que também é possível vislumbrar no funcionamento institucional é o lugar do saber médico, da dimensão da medicina e da farmacologia frente ao tratamento dos transtornos mentais. E ao apontar esse lugar do saber médico, é necessário incluir não somente os pacientes, mas os familiares, a própria equipe e os demais dispositivos de saúde, que priorizam as intervenções medicamentosas e diagnósticos cristalizados frente às dificuldades enfrentadas. Diversos pacientes chegam até o CAPS com a crença de que a medicação é a última saída para os problemas que estão enfrentando, que falar com um profissional não resolverá, que possuem um estipulado CID e, por isso, não vão conseguir melhorar; ou ainda, que a medicação é a única capaz de contribuir para conseguirem ficar mais calmos e estáveis.

Neste ponto, é importante ressaltar que, em diversos casos, os medicamentos psicotrópicos auxiliam de maneira significativa, principalmente para situações de crise e de dificuldades encontradas por alguns usuários em se manterem minimamente organizados, para conseguirem amenizar alguns sintomas depressivos, como desânimo e apatia, além de possibilitar que saiam de casa e consigam realizar tarefas básicas do dia a dia, como tomar conta dos filhos, se alimentar e cuidar da higiene pessoal.

No entanto, o papel atribuído ao recurso da medicação como algo capaz de solucionar todos os problemas é expoente e acaba fechando oportunidades de uma efetiva melhora, acarretando um mascaramento do sofrimento. Ademais, o medicamento deve ser encarado como “paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental” (Amancio, 2011, p. 134). A partir de nossa experiência, pudemos notar que o sofrimento geralmente busca outras formas de se expressar, levando a um movimento circular no qual os usuários supõem estar sempre precisando de mais medicações, aumentando doses, precisando recorrer a remédios cada vez mais fortes, com receitas médicas controladas, sem uma solução, de fato, efetiva.

Tais ocorrências nos fazem refletir sobre como a Reforma Psiquiátrica deve ser entendida como um processo de desconstrução deste modo de pensar, pois mesmo após avanços significativos, muito permanece. Mesmo que em falas consideradas sem intenção consciente de ofender, persiste o estigma do lugar da loucura, da preguiça e da necessidade de o paciente estar ativo no trabalho, até a ideia de que procurar ajuda psicológica e psiquiátrica não faz parte do que é considerado comum ao se buscar um tratamento de saúde.

Os pontos que sublinhamos até aqui nos possibilitam ponderar sobre as questões discutidas em nosso primeiro capítulo, no qual pormenorizamos a História da Loucura e as reformas psiquiátricas de modo geral. Acompanhando os argumentos apresentados por Foucault (1972), a loucura, na idade clássica, era compreendida como a perda da razão devido a um domínio do pensamento racionalista e cartesiano. Seguindo essa premissa, aqueles que não estavam encaixados nessa lógica, representavam um perigo para o coletivo, devendo permanecer isolados em locais próprios, afastados, evitando provocar inconvenientes para a sociedade do período. Os loucos, como afirma Foucault (1972), estavam mais próximos da irracionalidade, semelhante aos animais, por não possuírem controle sobre seus impulsos e desejos, sendo associados à periculosidade e reforçando ainda mais o pensamento de uma necessidade de mantê-los isolados para que a racionalidade do homem comum não fosse afetada.

Com o avanço e domínio da medicina nesse meio, a loucura passou a ser considerada uma doença que demandava um tratamento. O alienismo, que tinha em Pinel sua principal referência, possuía como definição básica a percepção de um sujeito que estava fora da realidade, que não detinha controle sobre as próprias vontades ou discernimento sobre o certo e o errado. Como método de tratamento central, o internamento psiquiátrico era a solução, com a imposição de medidas punitivas e restritivas, vistas como as únicas formas de trazer o alienado de volta à realidade. Esquirol e Pinel desenvolveram conjuntamente um método de tratamento que evidenciava o trabalho como uma tarefa terapêutica em potencial, pois auxiliava no

desaparecimento dos delírios e, em contrapartida, obrigava a produtividade e atribuía uma utilidade ao homem louco, sendo a partir de então popularizados os Hospitais Colônias.

Tomando como norteadoras essas noções, conseguimos depreender o momento em que esses pensamentos, preconceitos e suposições foram se fixando. Quando afirmações referentes ao perigo, ao medo e a necessidade de afastamento de pessoas que apresentam comportamentos que fogem do que é julgado como comum se estabelecem na atualidade, elas carregam consigo resquícios de todo um histórico que perdurou por muitos séculos. Ser diagnosticado com um transtorno mental, ter a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico ainda tem um peso significativo, como a pressuposição de um contágio, da necessidade de isolamento, de representar um perigo iminente para os demais.

Outra referência que está presentificada é o fenômeno da intensa medicalização. Inseridos como tratamento nos manicômios entre as décadas de 40 e 50 no Brasil (baseados nos estudos de Kraepelin), a visão organicista ganhou um importante espaço. Compreendendo a loucura como uma falha no funcionamento do organismo, a introdução da intervenção medicamentosa mostrou uma eficácia categórica, diminuindo sintomas e facilitando no manejo de situações de agressividade. Acreditavam que, com altas doses medicamentosas, os pacientes ficavam menos agitados e violentos, mais passivos e tranquilos; porém, não consideravam que dopar os pacientes não significava curá-los, sendo apenas mais um modo de repressão e controle. Ponderando sobre o que observamos das práticas medicamentosas de hoje, podemos perceber uma grande evolução nos estudos sobre os efeitos e benefícios dos psicotrópicos no tratamento dos transtornos mentais. Contudo, a visão de que a medicação vai acalmar, conter, resolver, não permitindo o surgimento de problemas e conflitos, reflete no modo como a sociedade ainda prioriza tal conduta frente a outras formas de tratamento, o que acaba não sendo uma busca por reinserção social e uma compreensão das pluralidades, mas de um apaziguamento dos comportamentos que incomodam os outros. Isso também desponta outra problemática que precisamos acentuar: a efetividade da Reforma Psiquiátrica.

Tomando o Brasil como referência, influenciado pelos movimentos reformistas do exterior (principalmente da Itália), a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser encarada como muito recente, sendo iniciados os primeiros movimentos somente na década de 70. Foi difundida gradualmente, enfrentou diversos percalços e, ainda, uma resistência grande da população em aceitar que os doentes mentais fossem reinseridos nas comunidades. De maneira geral, havia uma grande mobilização da mídia e da sociedade, principalmente devido às denúncias de violência e maus tratos que ocorriam no interior dos hospitais; porém, na prática,

as coisas demoraram para se concretizar, sendo a primeira legislação de peso aprovada de fato após mais de vinte anos – em 2001 (Lei 10.216).

Desse modo, é importante atentar sobre a complexidade desse processo, que construir um novo modo de acolher e lidar com o sofrimento mental e com a diferença requer um rompimento de paradigmas daquilo que já está há tempos edificado. Ainda, exige um constante posicionamento, um enfrentamento de preconceitos, julgamentos e a sustentação de uma prática mais humana. Muito já foi conquistado, mas ainda persiste um longo caminho a ser trilhado. A partir disso, podemos refletir de que modo a psicanálise tem se presentificado nesses espaços e sobre as formas possíveis de desenvolver um trabalho em um dispositivo de saúde mental.

5.2.1 A Psicanálise no CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos que alteraram os paradigmas no campo do cuidado em saúde mental. Nos movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, os profissionais psicanalistas tiveram uma participação ativa, desde as primeiras reformulações, auxiliando no desenvolvimento das diretrizes da luta antimanicomial, principalmente nas décadas de 70 e 80 (Figueiredo, 2019). A teoria psicanalítica no campo da saúde mental sempre se posicionou contra o tratamento baseado na exclusão efetuado pelas práticas manicomial e, como afirma Tenório (2002), promoveu uma ruptura com os modelos dominantes.

Ao redirecionar a atuação da psicanálise para os serviços de saúde, inúmeros desafios foram impostos, desde trabalhar com uma equipe multiprofissional, atendimentos coletivos, compartilhamento e discussões de caso. No entanto, contribuições primordiais foram similarmente efetuadas. De acordo com Silva et. al (2021), uma delas foi a mudança no diagnóstico e na determinação do sintoma, no sentido de modificar a simples classificação de patologia-diagnóstico para identificar o modo de funcionamento do sujeito, compreendendo o diagnóstico como parte e não como fim, fechando possibilidades. Vilhena e Rosa (2011) reforçam que o trabalho analítico não deve obedecer a um sistema psiquiátrico que já tenha respostas catalogadas em manuais de classificação, pois o sintoma só existe a partir do momento em que se tem um sujeito que dê significado a ele. Portanto, o diagnóstico não deve ser o definidor de um tratamento, mas o tratamento ser o direcionamento para um diagnóstico.

Ao abordar a direção do tratamento, Silva et. al (2021) ressaltam que a concepção de cura foi outra contribuição da teoria freudiana. Considerando a relação entre corpo e psique, pontuam que:

O sintoma se reveste de sentido ao ser preenchido pela história particular do sujeito. Não mais compreendido como estado negativo de condições objetivas, que podem ser remidas para o desaparecimento total da doença. Essa noção de cura dá-se no momento em que o sujeito consegue viver melhor, o que não se resume no conceito de resultado, mas sim no processo de elaboração (p.26).

Desse modo, com a inserção do pensamento psicanalítico há uma desconstrução das práticas de rotulação diagnóstica, abrindo possibilidades para a emergência da singularidade. Para Delgado (2008), “é a partir do caso a caso que a direção de trabalho deve ser tomada. As estratégias de ‘reinserção social’ se não forem articuladas a partir da direção apontada pelo sujeito, podem tornar-se mecanismos adaptadores e empobrecedoras” (p.64).

A inclusão da psicanálise no CAPS em Mandirituba/PR propiciou a compreensão da necessidade de uma escuta analítica neste ambiente. A escuta analítica, como afirmam Fuchs e Zornig (2013), se refere a uma escuta sensível à necessidade do paciente, uma escuta que faz parte da clínica ampliada, uma tentativa de acesso aos conteúdos inconscientes que não se limita ao que é verbalizado. A clínica ampliada, de acordo com Klautau (2017), construída a partir da Reforma Psiquiátrica, possibilitou que o discurso psicanalítico funcionasse como uma ferramenta, capaz de instrumentalizar novas práticas e intervenções, confirmando que o alcance da psicanálise pode ir além do *setting* psicanalítico clássico.

Marcar esse posicionamento frente a uma equipe multiprofissional, com diversas formas de pensamento e embasados por outras teorias, inserida em um sistema que é, de fato, alienante, perpassa a imprescindibilidade de manter constante os questionamentos clínicos e um posicionamento político frente a isso. Entrar na lógica de responder às demandas dos pacientes, da equipe, da gestão e, ainda, manter a ética que cabe ao profissional de psicologia, tende a consumir e acabar com o que foi e, até hoje, está sendo construído: o lugar que a psicanálise ocupa nesses espaços e o enfrentamento dessa lógica manicomial. Conforme afirmam Vilhena e Rosa (2011), o psicanalista, por estar inserto em uma instituição, também é institucionalizado. No entanto, a questão primordial é que, mesmo estando incorporado a esse contexto, o psicanalista deve questionar o *status* vigente, não permitindo que sua prática seja diluída pela interdisciplinaridade e, com isso, tornando-a generalizante e superficial.

Diante de tais reflexões, o pensamento psicanalítico abriu a possibilidade de encarar estes fenômenos a partir de outro olhar, colocando em evidência modos diversos de construção da subjetividade que revelam o singular da clínica. Perceber que por trás de todo esse emaranhado existe um mecanismo pulsional atuante, que é insistente e está sempre em busca de satisfação e que faz parte do humano já desobscurece o caminho que seguimos até aqui. De

acordo com Delgado (2008), sustentar a efetividade analítica no CAPS é sustentar que a verdade é a verdade do sujeito, que está sempre relacionada ao saber inconsciente, que a direção do tratamento é apontada pelo próprio paciente, considerando a sua própria responsabilização por aquilo que o acomete e que só há uma clínica, quando há a implicação do sujeito.

Para Amancio (2011), é a partir da psicanálise que podemos ter a conjectura de que existe a incompletude do sujeito e que isso implica em uma impossibilidade de uma satisfação plena e, assim, se entre em um acordo consigo mesmo – mesmo que isso seja algo que vá contra a lógica de cura e de saúde dominantes. Refletindo a partir de uma escuta singular, Vilhena e Rosa (2011) apontam que a psicanálise está interessada nas articulações do inconsciente e não preocupada com as questões da razão e da perspectiva do cuidado, pois, ao se deixar subordinar pela lógica da normalidade, a prática analítica se tornaria mais uma das tantas práticas moralizantes e educadoras. Cientes disso, partiremos para o nosso próximo subcapítulo buscando percorrer como opera o circuito pulsional nas problemáticas que destacamos até aqui.

5.3 TRILHAMENTOS PULSIONAIS: O PRINCÍPIO DO PRAZER E A QUANTIDADE ENERGÉTICA SOB A ÓTICA DA ADICÇÃO

Ao atentar para as vivências relatadas por pacientes em atendimento no CAPS, conseguimos perceber que alguns comportamentos, que afetam diretamente seu dia a dia, estão estreitamente conectados à sua história primitiva, influenciada pelos momentos iniciais da vida e ligada ao princípio do prazer. Tomaremos como referencial os fenômenos da dependência química, pois vislumbramos traços importantes que nos remetem a um funcionamento próprio da pulsão e seus desdobramentos. A adicção, conforme explicita Gurfinkel (2011), é “o uso compulsivo de um determinado objeto e, enquanto tal, se trata de uma ação de caráter impulsivo e irrefreável. A pessoa se sente impelida ao uso do objeto, e se vê incapaz de deixar de fazê-lo” (p.46). Ela pode incidir tanto em uma diversidade de objetos quanto em inúmeras situações, possuindo em sua definição um caráter inacabado e multifacetado, devido à complexidade do fenômeno (Gurfinkel, 2011).

Percebemos, em pacientes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas encaminhados para o CAPS para tratar dessa dependência, que em diversos relatos surgem elementos em comum, como a compreensão (da grande maioria dos usuários) da exposição ao risco de vida em que estão se colocando: risco de terem outros problemas de saúde (a contaminação com outras doenças, ter uma overdose), de estarem envolvidos com algo que é ilegal perante a legislação, além do risco que acabam expondo a família e aqueles que se

preocupam com eles (por neste meio terem contato com o tráfico de drogas, pessoas envolvidas em conflitos com a lei, problemas financeiros, dívidas, roubos/furtos, entre outros).

Outra situação que se destaca na escuta desses casos é a ênfase no sentimento de solidão e abandono. Em diversos momentos é demonstrada a preocupação em fazer o uso da substância de maneira isolada, longe da família e de pessoas próximas, para poder entrar em um mundo próprio, afastado dos problemas, das preocupações e das exigências externas. Mas, como em um ciclo, logo em seguida aos momentos agradáveis e eufóricos começam a surgir os sentimentos de solidão, de tristeza e, também, os pensamentos de morte, o que, muitas vezes, está associado a um apanhado de vivências do passado, entremeadas de dor, sofrimento, abandono afetivo, familiar e em relacionamentos amorosos. Identificamos também a participação ativa da família nesse processo, seja em consentir com o uso (fornecendo dinheiro para o vício, permitindo o uso em casa ou longe de casa), ou em diversas cobranças, proibições, brigas, humilhações, expulsões e afastamento.

Gurfinkel (2011), ao abordar a adicção, ressalta essa dimensão paradoxal envolvida no vício, por ser uma busca de prazer e libertação, em conjunto com a dor e o aprisionamento neste objeto de satisfação. Para o autor, a conduta adictiva e a droga possuem um papel importante de aliviar artificialmente o sofrimento e a criação de um mundo paralelo, com a função de apagar por um tempo um conjunto significativo de experiências difíceis para o sujeito assimilar, ou mesmo insuportáveis. O problema que a dependência química acentua é essa obtenção de prazer de forma imediata, que ignora o outro e desconsidera a realidade – remontando a uma descarga pulsional primitiva, a uma compulsão toxicômana¹⁷ que endereça a algo do insuportável.

Em nosso segundo capítulo, ao versarmos sobre as primeiras noções de Freud acerca do modo de funcionamento do psiquismo, destacamos a importância dos caminhos demarcados primitivamente, retomando os desdobramentos da clínica da histeria para melhor apreensão desse mecanismo. Naquele ensejo, as dores somáticas manifestadas por algumas pacientes do autor eram exacerbadas após uma situação traumática, salientando que esse trilhamento, marcado pela dor do trauma, foi posteriormente tomado pela neurose que, a partir da intensificação, desencadeou um sintoma. Compreendemos que os caminhos facilitados são vias no aparelho psíquico cujas resistências já foram reduzidas por uma descarga intensa de energia,

¹⁷ O termo toxicomania, utilizado por diversos autores, implica necessariamente o objeto-droga, ao contrário do termo adicção, que pode ser usado para outros objetos, dando ênfase ao uso que se faz do objeto (vício) ao invés de fixação em um específico. Apesar das divergências, ambas podem se referir ao mesmo elemento: o uso abusivo de drogas (Gurfinkel, 2011). Devido a isso, adotaremos em nosso texto o uso das duas terminologias.

a qual deixou uma marca. Essas facilitações formam uma cadeia complexa de passagem de energia e que, apesar de não serem engessadas, são consistentes, determinadas pelas situações enfrentadas no decorrer da vida. Podemos depreender que esses trilhamentos, já facilitados, são as vias pelas quais a pulsão se endereçará, podendo desembocar em uma adicção.

Ao refletir sobre a toxicomania e seus modos de funcionamento, as questões da dor, do trauma e do insuportável estão sempre presentes, remetendo ao que Garcia-Roza (1991) acentua sobre não ser possível existir uma organização psíquica sem que exista dor. A dor consiste na irrupção de grandes quantidades de energia que acionam todo o aparelho psíquico e do qual ele não tem nenhum recurso para se defender, por ser um processo imperativo e, devido a isso, ter uma ligação direta com a abertura de facilitações. Esses traços psíquicos, deixados desde as primeiras experiências de vida, podem estar por trás desse adoecimento psíquico que destacamos. Refletindo sobre esse cenário, a dependência química, manifestada na vida atual, endereça a algo de uma época pré-histórica do paciente, relacionado primordialmente à primeira infância.

Na constituição do psiquismo, a intensidade do trauma invade o aparelho psíquico de uma forma tão abundante, com uma quantidade energética tão potente, que o aparelho não tem recursos para efetuar o escoamento. Portanto, podemos inferir que na dependência química o sujeito busca reeditar, no presente, aquilo que não conseguiu lidar de outra forma no início de sua constituição. Ao sentir o desconforto intenso que algo da realidade despertou, o caminho já facilitado é acionado e o sujeito se vê, novamente, naquele mesmo cenário de desamparo, encontrando a saída para o escoamento da pulsão por via do objeto que já sabe ter o poder de trazer o conforto necessário.

De acordo com Iannini (2000), as experiências fundamentais de cada sujeito são prioritariamente de satisfação e de dor e, por essa essência, deixam atrás de si trilhamentos, facilitações. Retomando novamente o que descrevemos no capítulo referido anteriormente, sobre o *Projeto para uma psicologia científica* de Freud (1985-1950, 1996), a satisfação primordial exige a participação ativa de um outro externo, que é, ao mesmo tempo, fonte de prazer e de frustrações ao impor limites na satisfação. Assim, o bebê buscará sempre reviver essa primeira e importante satisfação, intentando meios para atingir tal objetivo (Iannini, 2000).

Ao alucinar o objeto de desejo, o bebê reativa as vias que foram anteriormente facilitadas pelas experiências prévias, por ser um trilhamento que deixou uma marca, um rastro de satisfação. Para Iannini (2000), nessa relação, que seria, por exemplo, entre o bebê e sua mãe, existem duas partes distintas: uma constante e outra variável. A constante é a satisfação original, que nenhuma outra irá se igualar; a variável é esse esforço que o bebê efetua para a

recordação, buscando os trilhamentos psíquicos. Na adicção, a memória do encontro com o objeto ganha um status psíquico tal qual a experiência originária de satisfação do bebê (Gurfinkel, 2011).

Na impossibilidade de experimentar a identidade de percepção entre o objeto alucinado no estado de desejo e a percepção atual, esse esforço se concretiza nas vias do pensar, quando se produz uma inesperada identidade entre o corpo do outro e o próprio corpo (Iannini, 2000, p.61).

Uma vez trilhados os caminhos decorrentes das experiências de satisfação, estes vão ser sempre os primeiros a serem ocupados nos processos psíquicos primários – os quais Freud (1900/1996) denominou de funcionamento do inconsciente. A partir dessa estruturação, também ocorrem as fixações de objetos, uma aderência que, de acordo com Giacobone (2012), oferece um atalho ao trajeto pulsional, capturando a realidade da ausência do objeto primordial.

Giacobone (2012) nos auxilia na compreensão de alguns pontos das situações apresentadas, no sentido de a droga ser uma busca por um amparo via princípio do prazer, procurando uma libertação do princípio de realidade. Podemos perceber tais pontos quando os pacientes relatam um certo desprezo pelo que está acontecendo externamente, na vida social, em troca de uma satisfação momentânea; ou quando procuram esquecer de tudo para fugir dos problemas da realidade, em uma tentativa de apaziguar a dor decorrente das experiências que foram traumáticas com as outras pessoas. O objeto-droga representa, assim, tanto uma busca pela paz e pela felicidade, a busca de um prazer, quanto parece ser a única via que se tem conhecimento (um caminho já trilhado) para conseguir, por um momento, evitar tanto desprazer, mesmo sabendo as consequências que terão posteriormente.

Quando abordamos a questão do princípio do prazer-desprazer em nosso terceiro capítulo, ao trazer elementos do texto freudiano *Interpretação dos sonhos* (1900/1996), acentuamos que o aparelho psíquico inicialmente tem em vista manter-se o mais livre possível de estímulos. Devido a isso, primitivamente, sua estrutura se assemelha a de um aparelho reflexo: quando há um aumento de excitação, ocorre a busca de um caminho mais rápido e fácil para descarregá-la, denominado pelo autor de processo primário. Com o desenvolvimento do percurso da vida, o acúmulo de excitação passa a não se dissipar somente pelo caminho mais facilitado, precisando de vivências de satisfação para obter a descarga necessária e, portanto, sendo considerado como processo secundário.

A consequência de uma experiência de satisfação é denominada de desejo, que requer a repetição da vivência prazerosa inicial. À medida que o processo secundário vai se instalando, os desejos que foram se formando nas fases iniciais da infância passam a ser incompatíveis com

a consciência e, portanto, sua realização seria uma fonte de desprazer intensa. Esse mecanismo, que configura o funcionamento do processo primário e secundário, está submetido ao que Freud (1900/1996) denominou, inicialmente, de princípio do desprazer. Com isso, podemos inferir que, neste ponto, ressaltando a nomeação ‘desprazer’, o autor já está demonstrando a relação estreita entre o desprazer-prazer, tomando como uma relação inicial e primitiva que se repete em atos nas condutas autodestrutivas, sentido como desprazer e satisfação ao mesmo tempo. Assim, Gurfinkel (2011) afirma que:

... o hábito que se fixa, e se cristaliza, a exacerbação de que somos uma ou outra vez tomados na vida, o excesso de que não se quer abrir mão, mesmo que o preço a pagar seja muito alto (dor, depressão subsequente, destruição ou desmantelamento de dimensões significativas da própria vida). Esta fome que não sacia, até certo ponto inerente ao humano, é o que nos atira muitas vezes em um destino paradoxal de busca de prazer e de abismos de destruição (pp. 73-74).

A situação clínica que extraímos nos possibilita entrever o modo de construção do psiquismo que abordamos no capítulo sobre os prelúdios da pulsão. Conforme o psiquismo vai se desenvolvendo, vão se formando registros pela passagem energética abundante, os quais deixam marcas, vias de conexões, que posteriormente vão determinar os caminhos que serão seguidos no decorrer da vida. Essa conceituação de facilitação, dos trilhamentos psíquicos e das vias de escoamento energético a partir do princípio do prazer, forma uma cadeia complexa, que traz consequências, principalmente na questão da repetição de determinados comportamentos. Esses comportamentos resultam em um sofrimento ao sujeito, mas, ao mesmo tempo, em uma satisfação, pela excitação pulsional estar recebendo um direcionamento, escoada por essa via. Desse modo, conceber esse complexo modo de funcionamento torna ainda mais difícil pleitear sua alteração.

É o que conseguimos identificar quando ouvimos dos pacientes relatos que remontam, por exemplo, a uma questão de controle: de que estão no comando de sua vida; de que não são dependentes da substância psicoativa; que só fazem o uso quando querem; que usar diariamente não significa que estejam perdendo o domínio sobre o vício. Da mesma forma quando escutamos, em alguns momentos, a enunciação sobre as autolimitações: ao destacarem que é o último uso; que só precisam de mais uma experiência; que ao passar o efeito não precisarão de mais. No entanto, percebermos que esses comportamentos, de modo geral, não ocorrem de fato, o que nos leva a conjecturar que, por trás do que é dito, há uma negação, uma dependência, uma repetição descontrolada que parece ser intransponível.

Para Ungier (2008), o objeto de pesquisa freudiano era o sujeito, regido pelas moções pulsionais, pela relação com o outro, pela sexualidade e pela morte. Por isso, a prática psicanalítica pertence a outra ordem, buscando não encaixar o paciente em padrões ou se prender a preocupações relacionadas à finalidade do tratamento em si, mas com o modo particular como cada fato se inscreve na história de cada paciente (Villela, 2013). Uma escuta clínica, para Villela (2013), se faz pelo viés pulsional, atraída pela multiplicidade dos fluxos. Nada está dado *a priori* e a construção é feita pelos entrelaçamentos da pulsão. Precisamos acentuar que, como definido anteriormente, a pulsão está enlaçada entre o psíquico e o somático, ou seja, que esse movimento produz efeitos e desdobramentos no corpo. Portanto, trataremos em nosso próximo subcapítulo as reflexões a respeito de como a pulsão também se manifesta por essa via, abordando a questão da sexualidade e do corpo autoerótico.

5.4 O CAMPO DA SEXUALIDADE E O CORPO AUTOERÓTICO: MARCADO PELO CIRCUITO PULSIONAL SOB O VIÉS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Seguindo nossa linha de raciocínio, discorreremos sobre alguns fenômenos associados aos transtornos alimentares, selecionados por seu potencial elucidativo, por colocarem em cena a relação com o corpo, com o desejo e com o funcionamento pulsional, compreendendo a defluência do autoerotismo e da pulsão sexual, que exprimem sua intensidade e complexidade. Com relação ao que aqui estamos denominando de corpo, tomamos como balizadora a noção de que, para a psicanálise, corpo e psíquico são indissociáveis, que não é possível pressupor um descolado do outro. Nesse sentido, propomos entender o corpo como uma construção, contornado pela pulsão e movimentado pelo desejo (Pinheiro & Darriba, 2011).

Os transtornos alimentares são distúrbios psiquiátricos que possuem uma etiologia multifatorial, envolvendo uma preocupação persistente e excessiva com a imagem corporal, com a presença de atitudes alimentares distorcidas que são significativamente prejudiciais para a saúde física, podendo estar associados a outros problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (Figueiredo et al., 2022). Os costumes alimentares contemporâneos, conforme explicitam Amaral e Ferreira (2008), estão culturalmente conectados a ideais de saúde, estética e políticas de consumo (aumento do nicho da alimentação saudável), acarretando um aumento importante desses casos. Devido a isso, na maioria dos pacientes que sofrem de algum transtorno alimentar (anorexia ou bulimia), não há, em um primeiro momento, um reconhecimento da gravidade de tais comportamentos, dificultando o início de um tratamento (Scazufca & Berlink, 2004). Desse modo, muitos deles se questionam sobre qual seria a

problemática em estar abaixo do peso, algo que consideram como um padrão de beleza socialmente aceito, atrelado ao estar saudável.

Os pacientes que chegam para atendimento em sofrimento decorrente de tais comportamentos relatam uma preocupação excessiva com o aumento de peso, medo de ser correlacionado a pessoas com obesidade, de não conseguir manter um padrão corporal demonstrado como ideal em propagandas na TV ou em modelos de revista, de moda e da internet. No entanto, mesmo com uma diminuição radical da alimentação e uma alteração visível da imagem corporal, o medo permanece, como se perder cada vez mais peso fosse um sinal de vitória, de autocontrole, em contraponto ao engordar, tomado como sinal de fraqueza, de falta de saúde e de indisciplina, chegando ao ponto de, em diversos momentos, declaram induzirem o vômito para que o organismo não absorva o que foi ingerido.

Nos manuais de classificação diagnóstica os transtornos alimentares estão divididos em três categorias: anorexia, bulimia e compulsão alimentar (Hiluy et al, 2019). Porém, de acordo com Scazufca e Berlink (2004), apesar de serem categorias distintas, elas não podem ser entendidas separadamente, como entidades psicopatológicas independentes, por possuírem em comum a relação objetal, sucedendo um ligamento e um desligamento do objeto. Para os autores existe, nesses transtornos, um vínculo intenso e exclusivo entre o sujeito e seu objeto de satisfação (a alimentação) no qual a pulsão, quando não endereçada aos objetos externos, se satisfaz no próprio corpo, como na fase do autoerotismo. “Este autoerotismo deve ter uma função de refúgio e de apoio para o sujeito poder reencontrar nele mesmo uma relação asseguradora e de prazer nutridor da qualidade anterior da relação de objeto” (Scazufca & Berlink, 2004, p.04).

Ao abordarmos a questão do autoerotismo em nosso terceiro capítulo, tangenciando as proposições de Freud nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2016), concebemos esse como uma das formas da pulsão sexual encontrar satisfação no próprio corpo, destacando a manifestação oral da sexualidade infantil (o ato de sugar) como uma obtenção de prazer sem a necessidade da alimentação, na busca de uma satisfação primitiva. Freud (1905/2016) acentua que o prazer que o ato da alimentação desperta está associado a uma necessidade vital (de nutrição). No entanto, o bebê, ao buscar novamente esse prazer que foi obtido anteriormente com a alimentação, transforma o ato de sugar em uma satisfação da pulsão sexual. Esse movimento é o que denominamos, no capítulo referido anteriormente, de apoio – quando as pulsões sexuais se apoiam nas de autoconservação para atingir a independência.

Essa conceituação proposta por Freud em 1905 (2016) nos auxilia na compreensão dos modos de funcionamento pulsional que observamos nos transtornos alimentares e que, para

Amaral e Ferreira (2008), são uma forma de retorno a um autoerotismo difuso, como nas primeiras formas de satisfação localizadas no corpo. Quando uma paciente, com tal diagnóstico, relata que faz a contagem de calorias dos alimentos ingeridos; que provocar vômitos já é sentido como sinal de alívio; que comer o que sente vontade parece ser algo muito errado; nos endereça a um modo de expressão da pulsão no qual o cenário é o próprio corpo. Desse modo, Borges e Paula (2022) demarcam que “os distúrbios alimentares ... são reflexo da vivência insatisfatória de integração e amadurecimento do psiquismo. A pouca simbolização dos sentimentos tornam o corpo porta-voz do sofrimento” (p.687).

Coppus (2011), ao versar sobre a bulimia e anorexia, aponta para os efeitos de uma fixação do sujeito em um modo de satisfação oral da pulsão, cujo resultado é estabelecer uma relação especial da comida (ou com a falta desta) com a satisfação sexual. Afirma que a fome, para além da função de preservação da vida, é o lugar inicial do autoerotismo, sendo, portanto, uma das formas de satisfação mais primitiva. A partir disso, o autor destaca que existe um sentimento paradoxal nas manifestações das patologias alimentares, pois, por um lado elas são fonte de prazer (ao permitirem a percepção de se sentir belo; da magreza como sinal de admiração; do contentamento em poder vestir todas as roupas sem que fiquem justas ou desconfortáveis; de ser notada por todos pelo corpo magro).

No entanto, por outro lado, são promotoras de angústia: quando o sujeito percebe, por exemplo, que o vomitar já faz parte da vida (como algo automático); que é impossível ficar sem vomitar; ou que comer já é algo que não faz falta; ou quando, ao forçar a ingestão de alimentos, sobrevém o sentimento de culpa e a vontade de desaparecer. Existe também um medo de morrer pela desnutrição; de precisar usar sonda; ficar internado em um hospital para ganhar peso; ou a solidão de não conseguir fazer as refeições com a família, pelas cobranças feitas por eles; pela impossibilidade de sair e comer na companhia dos amigos sem precisar vomitar, resultando em uma intensificação da sensação de repulsa alimentar.

Pacientes que relatam esses sofrimentos muitas vezes demonstram uma compreensão de que tal forma de comportamento é prejudicial física, psíquica e socialmente, podendo, inclusive, levar à morte ou ao desenvolvimento de outras patologias físicas (como problemas no esôfago, estômago, hormonais, dentre outros). Entretanto, acreditam ser impossível um afastamento dessas compulsões, remetendo-nos novamente ao movimento repetitivo de busca pela primeira experiência de satisfação, que tomamos como um movimento próprio da libido (que procura caminhos que já foram marcados anteriormente pelas facilitações). Por isso, temos a percepção da existência de uma dificuldade pujante em se desvencilhar desse modo de satisfação, por ela envolver prazer e desprazer concomitantemente.

Para além das problemáticas apresentadas, os transtornos alimentares, conforme afirma Scazufca (1998), não podem ser considerados apenas como uma repetição de lugares de fixação infantis. Para a autora, esse modo de funcionamento envolve também as tentativas de elaboração da “ambivalente relação amor/ódio que especifica as relações pulsionais primitivas dos objetos: amar significa também destruir; receber também é perder, o bom torna-se mau, pois na incorporação, amor e ódio encontram-se fusionados” (Scazufca, 1998, p. 99). Nesse sentido, podemos considerar que os comportamentos dos pacientes diagnosticados com transtorno alimentar expressam um sofrimento, uma desorganização e uma tentativa de se defender da angústia que lidar com a falta faz emergir (Pereira et al., 2019). Pereira et al. (2019) ressaltam a importância dos momentos iniciais do bebê na relação com a mãe para a constituição de um corpo e para uma estruturação psíquica:

... é preciso compreender a relação mãe-bebê a partir da constituição de um corpo plural no autoerotismo, para um corpo unificado no narcisismo. A forma como o sujeito tratará seu corpo estará diretamente ligada ao investimento materno nele. A mãe escuta e interpreta as sensações corporais do bebê e, investindo naquele corpo, libidiniza-o por meio de um laborioso trabalho. Tal investimento se constitui não apenas numa condição à sobrevivência, mas à constituição de um sujeito de desejo que habita seu próprio corpo. Nesse sentido, quando o investimento materno falha, de maneira excessiva ou insuficiente, o corpo se vê preso na impotência e dependência desse objeto primário (Pereira et al., 2019, p.456).

Outro ponto importante de destacar referente a essa questão é a distorção da imagem corporal. Dentro dos diversos relatos de pacientes atendidos no CAPS, é perceptível a desconexão entre o que é percebido pelo paciente e o que é constatado na realidade: de apresentarem emagrecimento severo, a ponto de desnutrição e, ainda assim, se perceberem como obesos e necessitando perder ainda mais peso. Igualmente, observamos que eles aparentam cansaço excessivo, mas, ainda assim, fazem exercícios físicos intensos e de maneira rigorosa para manter um padrão de beleza inalcançável. Essa noção de imagem corporal é apontada por Fernandes (2006) como a figura que se forma no interior do aparelho psíquico, que inclui a visão que o sujeito tem sobre seu corpo físico, as sensações, percepções e sentimentos derivados a partir dessa definição, implicando não só dimensões anatômicas, mas também libidinais. A imagem corporal é construída e moldada ao longo do desenvolvimento, em conjunto com o que o outro endereça ao próprio sujeito. Nesse sentido, a relação com o corpo está estreitamente ligada às primeiras experiências de satisfação, na necessidade de um “reconhecimento de si no rosto da mãe” (Fernandes, 2006, p.157), para a constituição de uma

identidade e de uma consciência corporal, dos limites entre o eu e o outro. Quando há uma falha nesse processo, nessa relação de investimento e quase fusão entre o bebê e sua mãe, de acordo com Freire e Andrada (2012), resta para o bebê apenas as sensações e percepções sobre o próprio corpo, que não foi suficientemente investido libidinalmente e que buscará estabelecer esses limites de maneira forçada, com referências exteriores precárias. Seguindo o pensamento das autoras, ao se deparar com tal cenário:

... o bebê é deixado em um grande vazio que está na origem da alternância através do excesso entre transbordamento e esvaziamento interno, tão frequente nos transtornos alimentares. Estar à vontade na própria pele requer um estado onde os limites do corpo e do psiquismo concordem; porém, nos transtornos alimentares, dificilmente se dá tal situação. Cada um dos três tipos principais de transtornos alimentares tem uma constelação própria de manifestações sintomáticas que espelham modos diferentes de simbolização insuficiente. Em comum, trazem no corpo marcas “substitutas” de uma simbolização mais plena (Freire & Andrada, 2012, p.31).

Em pacientes diagnosticados com algum transtorno alimentar, a discrepância entre a percepção e o sentimento de si é patente, a ponto de eles exprimirem que sabem que estão doentes, com baixo peso, mas isso não interfere na forma como se criticam, se cobram e se preocupam demasiadamente com a imagem que observam no espelho. Fernandes (2006) associa essa distorção da imagem corporal com a noção de Eu. O Eu é apontado como um sistema que recebe excitações internas e externas, estruturando os limites corporais. Podemos conjecturar que é a partir de uma inconsistência na estruturação do Eu que ocorre a distorção da imagem que o sujeito tem de si. Na busca por estabelecer limites entre o Eu e o outro, a pulsão, que necessita de uma satisfação, acaba encontrando uma saída possível através do corpo.

A questão do Eu aparece em nossa pesquisa desde o segundo capítulo, primeiramente com a função inibidora, de defesa das descargas neuronais e, posteriormente, tendo sido renovada por Freud em consecutivas contribuições. Com o surgimento da noção de pulsão, de narcisismo e da constituição da segunda tópica, o autor modifica seu posicionamento em relação ao Eu, passando a considerar uma instância psíquica (Laplanche & Pontalis, 2001). Freud no artigo *O Eu e o Id* (1923/2007), destaca que “... o Eu é, sobretudo, um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é também, ele mesmo, a projeção de uma superfície” (p. 38).

No entanto, não conseguimos entender esse modo de funcionamento apontado sem também incluir a noção de Supereu, que evidenciamos em nosso terceiro capítulo. Discriminamos o Supereu como uma parte transformada do Eu, na qual predomina a pulsão de

morte frente à pulsão de vida. Justamente por essa predominância, podemos reputar a ação da pulsão de morte, sobressaída das pulsões de vida, como a maior fonte de resistência ao tratamento, uma força que luta contra a cura e que visa manter o sujeito no sofrimento. A respeito dessa manifestação agressiva contra si, observada nas manifestações dos transtornos alimentares, podemos depreender também como uma agressividade advinda da pulsão de morte que ficou, em parte, represada no Supereu devido a uma falha na dinâmica da pulsão de vida em endereçá-la aos objetos externos. Desse modo, a pulsão de morte que permanece no interior do aparelho psíquico reprimida endereça sua agressividade (via Supereu) ao Eu e, com isso, pode levar o Eu a um abandono de si.

Destarte, ao refletir sobre o real da pulsão e na variedade de maneiras que um sujeito utiliza para encontrar uma forma de contenção da pulsão na economia psíquica, conseguimos compreender os modos intrincados e complexos que as vicissitudes pulsionais podem atingir, levando ao ponto de o sujeito colocar em questão a continuidade da própria vida. Assim, trataremos de modo mais minuciado sobre os limites pulsionais no próximo subcapítulo.

5.5 O PARADOXO ENTRE VIDA E MORTE: AS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E CONTENÇÃO DA DEMANDA PULSIONAL ATRAVÉS DOS FENÔMENOS DA AUTOMUTILAÇÃO E DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Dentre as problemáticas explicitadas, as que mais mobilizam a equipe de saúde e os demais dispositivos da RAPS são as automutilações e as ideações ou tentativas de suicídio, por elas representarem um risco de vida eminente. Ao abordar as automutilações, estamos nos referindo a uma lesão ao próprio corpo por meio de cortes, envenenamento (uso exorbitante de medicações ou outros produtos inapropriados para o consumo), queimaduras, arranhões, autoagressões, entre outros, o que, em diversos momentos, pode caracterizar uma tentativa de suicídio. De acordo com Vargas e Romero (2021), as tentativas de suicídio e as automutilações divergem em alguns pontos, marcados principalmente por algumas atitudes que levam a uma autoagressão, porém, sem a intenção consciente de morte, ou mesmo casos de suicídio que não apresentam automutilações. No entanto, a necessidade de se machucar pode se tornar tão intensa a ponto de levar à morte, denotando o intrincamento das duas práticas.

É constatado que existe uma grande objurgação social dos atos suicidas e das autolesões. Por exemplo, pelo viés religioso, percebemos uma certa crença de que quem comete tais atos não merece continuar vivendo, que sofrerá um julgamento condenatório divino. Por seu turno, por um viés moral, esses pacientes são acusados de fraqueza, egoísmo ou que estão clamando

por mais atenção, seja de familiares, amigos ou profissionais da Saúde, por explicitar, conforme afirma Simplício (2016), uma incapacidade do sujeito de lidar com a própria dor. No entanto, é preciso também levar em consideração as causas que podem ter contribuído para que o paciente chegasse a tal ponto. São diversos os fatores externos relatados pelos pacientes que podem levar a essa tomada de atitude, como conflitos sexuais, problemas financeiros, cobranças excessivas, grandes perdas pessoais. Portanto, podemos constatar que tais atitudes de culpabilização acabam por promover um fechamento, uma resposta de reclusão e de mascaramento do sofrimento, fazendo com que, por inúmeras vezes, esses usuários somente cheguem ao CAPS quando a situação já atingiu um nível extremo, ou mesmo após o ato já ter sido executado.

Frequentemente, durante o atendimento de pacientes encaminhados para iniciar um acompanhamento no CAPS após tentativa de suicídio ou autolesão grave, é comum ouvir deles afirmações relacionadas à dificuldade em encontrar motivos para continuar vivendo ou, em meio aos obstáculos e dificuldades da vida, a falta de sentido em realizar as atividades do cotidiano. Ademais, afirmam também que a dor da existência é tão intensa que provocar ferimentos no próprio corpo é mais tolerável do que a angústia que sentem, como uma tentativa de fugir de algo que é tão intenso e mortífero que parecem não encontrar recursos psíquicos para buscar outras vias de saída. É possível atribuir essa intensidade ao elementar da pulsão, a uma quantidade energética tão intensa que necessita de escoamento, corroborando nossa hipótese de que o funcionamento pulsional estaria sustentando esse tipo de circuito autodestrutivo.

Consonante com o que explicitamos nos subcapítulos precedentes, existe uma intolerância do aparelho psíquico em relação a quantidades energéticas que irrompem drasticamente e, diante disso, há uma tendência a se desvencilhar da situação buscando caminhos de escoamento de energia que já são conhecidos, que se mostraram eficazes anteriormente, trilhamentos já facilitados. Podemos depreender que as tentativas de suicídio remetem a esse modo de funcionamento, resultantes de um excesso traumático de energia, e que o aparelho psíquico foi incapaz de processar (como no mecanismo da dor intensa) sendo o ato de suicídio a única saída possível para essa descarga (Macedo & Werlang, 2007).

Relacionado à automutilação, Demantova (2017) ressalta que neste fenômeno há uma impotência do aparelho psíquico frente ao excesso pulsional, sendo o ataque à superfície do corpo uma forma de para-excitação, como um apaziguamento de violentas angústias. Como frisamos no terceiro capítulo da dissertação e mencionamos em subcapítulos anteriores, a dor e o trauma apresentam mecanismos de funcionamento muito semelhantes, consistindo em um

rompimento de uma barreira psíquica por uma grande quantidade de excitação e, a partir disso, o aparelho se vê obrigado a mobilizar essa excitação por meio de um contrainvestimento, tentando ligá-la a representações, sendo esse recurso denominado de compulsão à repetição. O trauma e a dor referem-se respectivamente a um rompimento generalizado e focal da barreira, concernindo o trauma como aquele que inaugura a compulsão à repetição. Deduzimos, portanto, que as automutilações estão associadas a uma tentativa de ligar a pulsão a uma representação, frente a um trauma que desestabilizou o aparelho psíquico. Assim, Demontova (2017) ressalta que:

O apelo à escarificação constituiria, então, uma defesa contra o retorno de um estado traumático anterior: para se defender do excesso traumático, o psiquismo acionaria diferentes modalidades de defesa com o objetivo de fazer a ligação dessas marcas traumáticas. O recurso ao masoquismo erógeno seria um desses recursos para dominar o excesso pulsional e que viria a ser circunscrito por meio da dor física, via coexcitação libidinal (p. 69).

A relação da automutilação e do suicídio com o masoquismo erógeno é um ponto que merece nossa atenção. Como abordamos no capítulo sobre os Desdobramentos Pulsionais, o masoquismo erógeno descrito por Freud no artigo *Problema econômico do masoquismo* (1924/2007) evidencia que existem momentos em que o desprazer deixa de ser um aviso de risco ao sujeito (como seria no funcionamento adequado do princípio do prazer) e se torna uma meta, passando o prazer a envolver um processo que inclui excitação e descarga concomitantemente. Nesse sentido, uma descarga pulsional quantitativa já não é sinal suficiente para definir o que é ou não prazer e, com isso, há uma renúncia à satisfação. Esse modo de funcionamento está associado ao circuito da pulsão de morte.

Desde o início da vida, pulsão de vida e de morte operam em um movimento de fusão/desfusão, estando em permanente conflito e não sendo possível a manifestação de uma sem a interferência da outra. Nessa intrincada relação, as pulsões de vida possuem uma tarefa: tornar inofensivas as pulsões de morte, encontrando formas de escoá-la, remover as excitações dela provenientes por vias menos nocivas para o sujeito, evitando um dano interno. Porém, nessa tentativa de desvio, parte da pulsão de morte permanece ativa no organismo, fixada libidinalmente entre o sofrimento e a satisfação. O funcionamento relacionado a essa parcela da pulsão de morte que permaneceu retida no interior do aparelho psíquico é o que Freud (1924/2007) denominou de masoquismo erógeno (ou masoquismo original).

Corroborando com nossa hipótese, Demantova (2017) acentua que existe uma estreita relação entre a automutilação e o masoquismo erógeno, entendendo que o sujeito, ao cortar a

própria pele, tem uma satisfação no desprazer. Nesse sentido, consideramos esse movimento como um masoquismo cujo papel de objeto é ocupado pelo próprio Eu. A autora compreende que a automutilação não seria um apego ao sofrimento em si, mas uma busca de alívio para algo que é insuportável ao aparelho psíquico.

Podemos vislumbrar, em alguns casos de pacientes atendidos no CAPS que, quando questionados sobre as automutilações, afirmaram sentir alívio imediato ao fazerem um corte profundo no braço, mesmo que tal atitude necessite de uma posterior hospitalização devido à gravidade do ferimento. Igualmente, é comum ouvirmos a afirmação de que é melhor aguentar a dor do corte do que ficar sentindo angústia intensa, pois o único meio de conseguir aguentar as crises de angústia é machucando-se, posto que só assim é possível conseguir um pouco de alívio. A partir dessa sensação, os pacientes afirmam deixarem as lâminas separadas e guardadas para serem utilizadas nesses momentos de crise, sejam de tesouras, facas, aparelhos de barbear e até de apontadores de lápis. Esses atos acentuam os limites entre o prazer e o sofrimento, entre a preservação da vida e a destrutividade.

As automutilações e as tentativas recorrentes de suicídio podem ser encaradas, conforme afirmam Araújo et al. (2016), como um tipo de acordo entre a promoção de um alívio para o sofrimento e a possibilidade de um aniquilamento total do sujeito. No entanto, é um acordo que carrega, em si, um risco muito alto, podendo custar, além da própria vida, enfermidades e sequelas físicas irreparáveis, tais como: um Acidente Vascular Cerebral (AVC) por intoxicação com medicamentos; problemas estomacais devido a lavagens frequentes; cicatrizes salientes devido à necessidade de pontos para fechar o ferimento; dentre outros. De acordo com Vianna e Pfeil (2020), as práticas de autolesão, mesmo com seu caráter destrutivo, exprimem uma ambivalência, por manifestarem também uma tentativa do sujeito de permanecer vivo, sendo um reflexo do movimento de fusão/desfusão das pulsões de vida e de morte. Conseguimos perceber essa contradição nos casos em que o paciente usa uma cartela inteira de medicamentos em conjunto com bebidas alcoólicas e, logo em seguida, se desespera e busca ajuda de algum familiar; ou quando vai até uma passarela de pedestres para se jogar e permanece por um longo tempo até sobrevir um momento de coragem para completar o ato e, nesse ínterim, aparecer um profissional (seja bombeiro ou policial) para retirá-lo da situação.

Deduzimos, portanto, que nesse funcionamento descrito, nessas atitudes paradoxais, está implícito o modo de funcionamento do masoquismo moral. O masoquismo moral é considerado uma das formas mais importantes de manifestação da pulsão de morte, por ser algo possível de ser observado na clínica, advindo no tratamento como reação terapêutica negativa (quando o paciente em vez de apresentar melhora, piora e intensifica seu sofrimento). O

masoquismo moral representa o ataque do Supereu ao Eu que destacamos anteriormente, estando fundamentado no sentimento de culpa e designado como necessidade de punição. Neste caso, mesmo com o sofrimento, o Eu também se satisfaz inconscientemente com as punições realizadas pelo Supereu, por ter uma satisfação libidinal envolvida e, exatamente por isso, existe uma dificuldade profunda em abdicar dessas atitudes que faz sofrer.

Desse modo, o sadomasoquismo se articula com a experiência erótica da pulsão sexual/pulsão de vida, buscando obter prazer para anular a dor, mas isso não ocorre sem consequências. Essa manifestação do masoquismo por meio da ferida opera, de acordo com Demantova (2017), no além do princípio do prazer, na tentativa de promover uma ligação para a energia pulsional que se encontra em curto-circuito e que se dissipa com o sofrimento físico.

Discorrendo sobre o suicídio, Mohr (2018) destaca que essa é uma resolução sedutora dentre as vicissitudes da vida, compreendendo, a partir de uma interpretação da obra freudiana, que o destino de toda vida é a morte, logo, o suicídio seria uma saída possível frente ao sofrimento da existência. Freud, ao explicar o caso da jovem homossexual (1920/2016), faz apontamentos sobre a tentativa de suicídio de sua paciente, considerando que:

... a análise nos trouxe, para o enigma do suicídio, a explicação de que talvez ninguém encontre a energia psíquica para se matar se não estiver, em primeiro lugar, matando um objeto com o qual se tenha identificado e, em segundo lugar, voltando contra si mesmo um desejo de morte que estava dirigido a outra pessoa. Aliás, não é preciso que tomemos como estranha a descoberta regular desses desejos inconscientes de morte no suicídio, ou que ela se imponha como confirmação de nossas deduções, pois o inconsciente de todos os seres vivos está repleto desses desejos de morte ... (Freud, 1920/2016, p.135).

Em outras palavras, o autor reforça a questão do retorno da libido para o Eu, que se torna alvo da pulsão de morte anteriormente destinada ao mundo externo, resultando em um objeto a ser destruído (Mohr, 2018).

Nesse sentido, também é necessária a interrogação sobre a autonomia do sujeito frente ao suicídio. Por realizar a escuta de tais demandas em um serviço público de saúde, a saída racional e imediata da equipe, na totalidade, é buscar formas de reestabelecer o bem-estar e o desejo pela vida do paciente, procurando meios de conduzir o tratamento para atingir este objetivo.

No entanto, depreendemos que seguir por essa lógica, sem ao menos ouvir o que o paciente tem a dizer sobre isso, seus questionamentos e motivos que o levaram a tomar essa atitude seria o mesmo que um enquadramento na dialética da patologização, endereçando o sofrimento relatado para um lugar de segregação, de que algo precisa ser consertado (Carvalho,

2014). Portanto, é necessária uma aposta na oferta da escuta, interrogando sobre o sofrimento, procurando deslindar as vicissitudes pulsionais envolvidas na tentativa de suicídio ou na automutilação e, com isso, respeitar o desejo do paciente, assumindo uma posição ética, compreendendo que ele pode ter um direito de escolha e, seguindo o que Simplício (2016) aponta, em alguns casos, “a morte pode trazer dignidade a quem acredita viver uma vida que não vale a pena” (p.83).

5.6 CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Neste quarto capítulo, seguindo nossa questão inicial de pesquisa, tivemos em vista operar um retorno à clínica, fazendo uma explanação sobre as indagações que possibilitaram o desenvolvimento dessa dissertação. Em um primeiro momento, narramos o trabalho desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mandirituba/PR, evidenciando os fluxos de trabalho, os recursos disponíveis e o modo de organização prática de um serviço de saúde pública, seus encaminhamentos e principais demandas.

Em um segundo momento, visamos avançar em nossa pesquisa destacando dois eixos, que balizaram as posteriores construções do capítulo: no primeiro eixo explanamos sobre as reverberações da História da Loucura e dos movimentos de Reforma Psiquiátrica na prática, as marcas de preconceito, o quanto alguns fenômenos permanecem e que ainda estão em desconstrução. Abordamos a questão do internamento, da patologização, da intensa medicalização e da prevalência do pensamento médico, acentuando, também, a importância da inserção da psicanálise nesse meio. Depreendemos sobre a transformação que uma escuta psicanalítica é capaz de promover, possibilitando a irrupção de interrogações, abrindo espaços de interlocução e auxiliando a manter um posicionamento clínico, evidenciando modos complexos de construção da subjetividade.

No segundo eixo nosso objetivo foi compreender mais pormenorizadamente os comportamentos repetitivos e autodestrutivos observados nos pacientes atendidos no CAPS, conjecturando sobre as vicissitudes do circuito pulsional, que nos auxiliou a depreender de maneira mais tangível esses intrincados fenômenos clínicos. Para isso, destacamos três tópicos, delineando as questões teóricas envolvidas em cada manifestação pontuada.

No tópico inicial, abordamos os trilhamentos pulsionais, os caminhos demarcados pela intensidade energética, fazendo uma associação com a questão da adicção, procurando atinar a relação paradoxal entre o prazer da droga e o sofrimento envolvido nesse uso, que muitas vezes se estabelece como tentativa de apaziguar um sofrimento anterior. No segundo tópico,

promovemos uma conversação entre o campo da pulsão sexual, do autoerotismo, com os denominados transtornos alimentares. Frisamos a patologia da anorexia e da bulimia, buscando assimilar de forma mais minuciada a relação com o corpo, na questão do apoio entre as pulsões sexuais e de autoconservação, como uma fixação em um modo muito primitivo de satisfação, que acarreta prejuízos importantes para estes pacientes.

Por fim, em nosso terceiro tópico, visamos demonstrar os paradoxos entre a vida e a morte, utilizando os fenômenos da automutilação e das tentativas de suicídio para auxiliar no entendimento desses modos de funcionamento pulsional. Acentuamos a questão do sofrimento e da angústia sentida pelos pacientes, correlacionando com uma intensidade energética insuportável, capaz de levar a atitudes extremas para promover o alívio dessa tensão e, com isso, ter como consequência o colocar em risco a própria vida. Tanto as automutilações quanto as tentativas de suicídio remontam a uma impotência do aparelho psíquico em lidar com as grandes quantidades de excitações, tidas como traumáticas. Buscamos evidenciar também as formas de fusão/desfusão das pulsões de vida e de morte, encontrando nas manifestações do masoquismo/sadismo uma forma de compreender esses fenômenos. Também abordamos a importância da escuta e do respeito ao paciente, levando em consideração a dificuldade em renunciar a uma satisfação, mesmo que esta seja também motivo de padecimento. Desse modo, podemos inferir que esses atos paradoxais são uma busca pela vida e pela morte, simultaneamente.

Dos diversos pontos demarcados no desenvolvimento deste quarto capítulo, salientamos o quanto os fenômenos elegidos estão imbricados: todos eles exprimem a complexidade das repetições autodestrutivas, as quais, tomando o prisma do funcionamento pulsional, podem ser entendidas como um reflexo do conflito entre sofrimento e satisfação, entre prazer e desprazer. A partir da proposição do circuito pulsional, conseguimos evidenciar que as manifestações autodestrutivas apresentadas por nossos pacientes expressam a busca pela eliminação de um desconforto intenso que, primitivamente, se conectava a uma satisfação igualmente intensa. Sendo assim, em nossa concepção, propomos que a manutenção dessas atitudes autodestrutivas demonstra uma impossibilidade do sujeito em renunciar ao sofrimento, entendendo que este remete a um tempo primevo de fruição dolorosa/prazerosa, na medida em que os trilhamentos pulsionais primitivos são percorridos e, com esse trajeto, dor e satisfação, desprazer e prazer se reatualizam na manutenção da vida, ainda que os aproxime da morte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como explicitamos na introdução desta dissertação, as interrogações que se sobressaíram e nos moveram nesse percurso estavam relacionadas a um fenômeno clínico observado no atendimento de pacientes em sofrimento psíquico intenso, acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial. As queixas apresentadas estavam concatenadas com a repetição de situações autodestrutivas das mais variadas formas, que chegavam a deixar marcas físicas e, até mesmo, colocar em risco a continuidade de suas vidas. Por um lado, em diversos momentos, os pacientes percebiam a situação difícil na qual se encontravam e manifestavam anseio por acabar com o sofrimento sentido. Por outro lado, se deparavam com uma dificuldade exorbitante em ceder ao que estava ocasionando a dor, por reconhecer que tais atitudes traziam alívio para um sofrimento de outra ordem. Esse sofrimento psíquico se presentificava de maneira tão intensa e ostensiva que não conseguiam encontrar uma resolução, outra saída menos mortífera para obter um certo apaziguamento, mesmo que isso culminasse em uma finitude da vida.

Foi neste cenário, com a constatação dessa dimensão paradoxal entre a expressão de um sofrimento e, ao mesmo tempo, de um alívio, que emergiu a questão que norteou o desenvolvimento de nossa pesquisa. Construimos nosso percurso buscando um esclarecimento sobre a dinâmica psíquica envolvida nesses comportamentos, ou seja, o que estaria sustentando a repetição da autodestrutividade. Partindo da teoria psicanalítica, erigimos a hipótese que esse modo de funcionamento faz parte da estrutura psíquica, como própria do circuito pulsional.

A pesquisa, portanto, se originou a partir da atuação clínica da autora como psicóloga na rede pública de saúde. Por ser um dispositivo do SUS, que oferece atendimento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, consideramos imprescindível a compreensão contextual de onde partiu a investigação proposta, por apresentar particularidades que dizem respeito a esse ambiente em questão. Optamos por trazer ao leitor, um histórico sobre a instituição desses serviços e foi, a partir daí, que demos início à dissertação.

Em nosso primeiro capítulo, tivemos em vista elucidar a instauração e os desdobramentos das leis e diretrizes voltadas à saúde mental pública. Explanamos sobre os movimentos culturais e sociais que fizeram com que novos formatos de intervenções fossem necessários para o atendimento e tratamento deste público. Perfizemos um caminho inicialmente sobre a história da loucura (tomando as elaborações teóricas de Foucault como baliza), a construção dos manicômios e as reformas psiquiátricas ao redor do mundo e no Brasil. Posteriormente, evidenciamos as formas como os CAPS estão estruturados nacionalmente,

sustentados por legislações e portarias ministeriais, bem como discorreremos sobre suas funções e as modalidades em que estão subdivididos, destacando o funcionamento e as especificidades da RAPS.

A partir do que conseguimos depreender dessas considerações históricas e das construções políticas e sociais que abordamos em nosso capítulo, precisamos destacar que, apesar dos percalços, muito foi desconstruído desse preconceito, de que o transtorno mental estaria relacionado à loucura e à irracionalidade. As redes de saúde foram erigidas com base nas lutas tanto de profissionais quanto da sociedade, em busca de uma transformação que possibilitasse que aquele que padece de um adoecimento mental conseguisse ter autonomia, exercer seus direitos e viver uma vida em sociedade, com um tratamento justo e humano, conforme suas necessidades e particularidades. Vislumbramos que houve um avanço importante na prática do cuidado em liberdade, que a visão hospitalocêntrica de confinamento foi perdendo o protagonismo e que hoje existem novas possibilidades de intervenção sem que a violência seja o agente predominante. Cabe também acentuar que, mesmo com as incontestáveis mudanças, muitas dificuldades ainda são encontradas, permanecendo no imaginário social estigmas e preconceitos herdados da lógica manicomial e da intensa medicalização.

Temos ciência que a inserção da psicanálise no serviço público encontra modos de atuação que diferem da clínica clássica de consultório, pois encontramos na prática situações que demandam o manejo de conflitos sociais, políticos e econômicos, exigências burocráticas, demandas de resolutividade e eficácia, entre outras. Essas exigências são pautadas na prerrogativa de uma necessidade de tamponar as falhas, de consertar o que está desajustado, de buscar adequar o sujeito que está desequilibrado e provocando desconforto aos demais. Apesar das intempéries, é possível descobrir alternativas que nos ajudam a romper essa lógica, apostando em uma escuta clínica atenta e que possa, conforme afirmam Macedo e Klautau (2020), trazer uma ressignificação da experiência de sofrimento, atuando como instrumento de cuidado e inclusão social, “assim, o fazer psicanalítico nesses cenários se torna também uma prática clínico-política” (p.53). Manter esse posicionamento frente a incontáveis exigências é fundamental para sustentar nossa proposição e, portanto, conseguir ofertar um atendimento justo e humano às pessoas que nos procuram em busca de um alívio para seus padecimentos psíquicos. Compreendemos que esse adoecimento deve ser escutado, para que o sujeito consiga se sentir acolhido e que possa, então, tentar ressignificar seu sofrimento (Macedo & Klautau, 2020).

Oferecendo esta escuta singular aos pacientes, conseguimos perceber, em meio a esse vórtice de demandas internas e externas do serviço público, diversos conflitos e satisfações inconscientes. Dentre eles, nos chamaram a atenção alguns comportamentos que envolviam a repetição de atitudes autodestrutivas (que destacamos anteriormente) e foi, a partir disso, que passamos a nos questionar se não estaríamos lidando clinicamente com os desdobramentos de um modo de funcionamento pulsional próprio do aparelho psíquico, o qual estaria sustentando essa busca de satisfação. Apoiados nesse ensejo, fizemos um movimento de retornar aos textos freudianos, a fim de investigar os caminhos percorridos pelo autor na construção da teoria pulsional e, assim, encontrar respostas para nossas indagações. Desse modo, demos início ao nosso segundo capítulo.

Visando avançar na apreensão da dinâmica pulsional, tomamos como ponto de partida os escritos iniciais de Freud, denominados como pré-psicanalíticos. Nossa decisão foi pautada na concepção de que neste período localizamos o germe da teoria pulsional a partir do estudo dos fenômenos energéticos, sendo, também, onde Freud demarcou as primeiras elaborações a respeito da constituição do aparelho psíquico. Conseguimos apurar, portanto, de que modo o autor foi desenvolvendo paulatinamente sua teoria. Atentamos que a construção do conceito de pulsão emergiu a partir de uma tentativa de Freud de desvendar, no tratamento de seus pacientes, o modo de funcionamento do psiquismo e de que forma este se organizava para que, então, pudesse clarificar os fenômenos incompreensíveis com os quais estava se deparando em sua clínica.

Neste capítulo da dissertação ressaltamos algumas noções que sustentaram a teoria pulsional freudiana, enfatizando o desenvolvimento da noção de aparelho psíquico e a importância do trabalho de Freud com outros colegas e autores, principalmente Fliess e Breuer. Percorremos também a formulação das questões energéticas, do funcionamento do princípio de constância, do prazer/desprazer, facilitações e barreiras de contato, que nos fornecem subsídio para a compreensão da dinâmica pulsional, desenvolvida posteriormente pelo autor. Com o que conseguimos subtrair desses escritos, constatamos que o adocimento psíquico está relacionado com as primeiras experiências de satisfação, trilhadas no momento inicial da vida. Essas vivências, que envolvem a irrupção de uma abundante quantidade de excitação (relacionadas ao mecanismo da dor), deixam marcas no psiquismo, pelo fato do acúmulo energético necessitar de uma via de escoamento e, quando ele é alcançado, porta em si tanto a satisfação quanto a dor. Uma vez que a irrupção dessa grande quantidade energética aciona esses dois mecanismos ao mesmo tempo, eles ficam entrelaçados, e a partir disso que podemos também compreender a dinâmica da repetição, que nos aproxima da interrogação sobre a insistência dos

comportamentos autodestrutivos. Neste contexto, tateamos o despontamento da sexualidade infantil e do conflito psíquico propiciado por esta como pontos basilares para os posteriores desdobramentos conceituais desenvolvidos por Freud, principalmente no que concerne a noção de pulsão. Pontos esses que se tornaram o lugar de partida para construção do terceiro capítulo da dissertação.

Nele, privilegiamos demonstrar ao leitor os princípios tópico, dinâmico e econômico do aparelho psíquico, visando com isso chegar nas noções elaboradas por Freud após a formulação do segundo dualismo pulsional. Iniciamos evidenciando como o autor funda a primeira tópica, adotando os sistemas Pcs/Cs-Ics e os processos primário/secundário como balizadores do funcionamento da vida mental (submetidos ao princípio do prazer) e, a partir disso, enuncia a teoria pulsional. Pautado o primeiro dualismo no conflito entre as pulsões sexuais e de autoconservação, demarcamos que Freud emprega o termo *Trieb* para definir uma cisão entre o que considerava pulsão e o que era denominado como instinto (determinado por um comportamento fixo), definindo a pulsão como uma “carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 628).

O que conseguimos depreender, acompanhando os avanços freudianos relacionados ao primeiro dualismo, é que o psiquismo pode ser considerado um aparelho de captura pulsional regido pelo princípio do prazer, com a função de direcionar a energia pulsional e, assim, conseguindo encontrar destinos variados (Garcia-Roza, 1995). Considerando que a meta pulsional é a satisfação, o caminho para atingi-la é repleto de barreiras, impostas pelo princípio de realidade e, com isso, necessitando de desvios para alcançá-la, prolongando seu percurso. Esses mecanismos de desvio é uma forma de defesa do aparelho psíquico, porém, mesmo sendo defesa, encontra aí uma satisfação.

Ao esbarrar em impasses na estruturação da teoria pulsional, Freud propõe uma nova formulação a partir do encontro com fenômenos clínicos que não seguiam os princípios estabelecidos até então. Com a constatação da compulsão à repetição, identificou que existia na vida psíquica tensões que provocavam prazer e distensões que provocavam desprazer, propondo, portanto, o segundo dualismo pulsional (entre pulsões de vida e de morte). As pulsões de vida, constituídas pelas pulsões sexuais e de autoconservação, visam manter a continuidade da vida, em contraposição às de morte, que visam conduzir a um retorno ao inorgânico, a uma eliminação total dos estímulos. Evidenciamos que ambas as pulsões estão em permanente conflito, em um movimento de fusão e des fusão, e que não é possível vislumbrar o funcionamento delas separadamente, apenas em diferentes intensidades. Tomando

como norteadora essa nova dinâmica, Freud inaugura a segunda tópica, isto é, sua proposição de um aparelho psíquico organizado nas instâncias Isso, Eu e Supereu. A fim de demonstrar a operação da pulsão de morte no psiquismo, acentuamos as tendências autodestrutivas, resultado de uma falha no direcionamento da pulsão de morte pela pulsão de vida ao mundo externo, permanecendo retida no interior do aparelho e, com isso, desencadeando o masoquismo original. Demonstramos que o Supereu tem uma ligação direta com esse modo de funcionamento descrito, a partir do masoquismo moral, que consiste em produzir uma dinâmica específica: o Supereu, submetido à pulsão de morte, profere ataques ao Eu e, assim, se manifesta como necessidade de punição, fazendo com que o sujeito permaneça no sofrimento, devido a um sentimento de culpa que o aprisiona nesse circuito. Para Roudinesco e Plon (1998), Freud considera o masoquismo moral como a mais importante e a mais destrutiva forma de destino da pulsão de morte e, desse modo, concluímos ser este mecanismo que sustenta as situações autodestrutivas que nos levaram a propor esta dissertação.

Fazendo um movimento de retorno à clínica, reservamos o quarto e último capítulo da dissertação, para tecer elaborações a respeito dos pontos demarcados ao longo da construção do trabalho. Retomando a questão disparadora da pesquisa, discorreremos acerca da organização do CAPS em Mandirituba/Pr e trouxemos algumas situações clínicas que despertaram a necessidade de uma sustentação teórica que fornecesse embasamento para a prática. Pinçamos três fenômenos, a adicção, os transtornos alimentares e as automutilações/tentativas de suicídio, por entrevermos que o circuito pulsional nos oferece uma ferramenta para melhor entendermos porque essa autodestrutividade ocorre, concatenando com as formulações teóricas de Freud e de comentadores que nos auxiliaram nessa compreensão.

Abordando as particularidades do CAPS, explanamos alguns pontos que se sobressaíram desse fazer clínico, como as questões referentes à Reforma Psiquiátrica e às políticas de saúde mental. Discorreremos sobre a presença da discriminação, da hospitalização e da prevalência do saber médico, elaborando sobre a importância que os movimentos sociais representaram para a alteração de algumas lógicas segregadoras. Entretanto, ao mesmo tempo, o quanto ainda precisa ser feito para conseguirmos atingir uma efetividade. Também formulamos algumas questões quanto à inserção da psicanálise nesse contexto, apontando que a psicanálise deve se interessar pela lógica do inconsciente, em tomar a escuta como uma ferramenta capaz de promover novas possibilidades de significação. Apesar de ser exigida em alguns aspectos, por estar submetida a um ordenamento maior (devendo seguir diretrizes e legislações), não deve se deixar subordinar pela lógica dominante e arriscar ser apenas mais uma prática segregadora.

Avançando em nossas proposições, tomamos como encaminhamento os fenômenos clínicos citados. Ao tratar sobre a adicção e a dependência química, visamos demonstrar o modo como os trilhamentos pulsionais podem estar relacionados a essa manifestação. Destacamos que esse fenômeno é marcado por uma lógica de obtenção de prazer de forma imediata, que desconsidera a realidade, no entanto, remonta a uma descarga pulsional primitiva, a uma compulsão que parece impossível de ser contida. Uma vez trilhados os caminhos de satisfação, estes vão ser sempre os primeiros a serem ocupados no processo de descarga pulsional, pois eles oferecem um atalho que objetiva burlar o princípio de realidade. Devido a isso, ressaltamos esse circuito por depreender que esses comportamentos despertam sofrimento ao sujeito e, ao mesmo tempo, uma satisfação pulsional.

Seguindo nosso raciocínio, abordamos os transtornos alimentares tangenciando sua relação com o autoerotismo, com a pulsão sexual e com o corpo. Nos fundamentamos na noção de apoio de Freud, segundo a qual a pulsão sexual se apoia naquelas de autoconservação para atingir a independência e, com isso, modificar uma necessidade vital em uma forma de conseguir satisfação. A fase do autoerotismo é um dos marcos inaugurais da vida psíquica e um dos modos mais primitivos de obter satisfação, pois é instaurado logo nos primeiros contatos que o bebê tem com a mãe e consiste em uma das formas de estruturação dos limites corporais. Portanto, por ser uma satisfação muito primitiva, ao se ver desamparado com as intercorrências da vida, de acordo com Klautau et. al (2013), o sujeito passaria a dispor de mecanismos de defesas que não seriam compatíveis com seu desenvolvimento libidinal atual e, com isso, se fixaria nesses pontos para poder, a partir disso, buscar uma forma de organização.

Desse modo, frente a uma ameaça de desorganização, o sujeito busca os recursos psíquicos já estabelecidos para tentar se defender e, por vezes, essa maneira de contenção da intensidade pulsional pode levar ao ponto de arriscar a continuidade da vida. Nesse sentido, partimos para o terceiro fenômeno que destacamos e o último de nossa pesquisa.

Ao elegermos as automutilações e as tentativas de suicídio, procuramos demonstrar o conflito que estes representam, pois são simultaneamente uma forma de escoamento do excesso pulsional e uma ameaça à integridade física do sujeito, podendo acarretar consequências irreparáveis. Evidenciamos nesse processo os mecanismos de dor e de trauma, por serem o que Freud localizou como ponto germe da compulsão à repetição e por deduzirmos que esses comportamentos seriam tentativas de ligar a pulsão a uma representação (frente a um trauma desestruturador). Podemos concluir, portanto, que esses comportamentos acentuam os limites entre o prazer e o sofrimento, entre um potencial de ligação e um de desligamento, entre a manutenção da vida e um aniquilamento desta, reforçando seu caráter paradoxal.

As manifestações clínicas escolhidas para o desenvolvimento do último capítulo exprimem a complexidade envolvida nessa repetição autodestrutiva e que, ao ser analisada de forma mais pormenorizada, revela o motivo pelo qual é tão difícil para o sujeito renunciar às atitudes que provocam esse sofrimento tão intenso: por elas proporcionarem, em si, uma satisfação igualmente intensa. Conjecturamos que se tratam de modos de satisfação muito primitivos, que fazem parte da constituição do psiquismo. A dificuldade em abdicar dessa repetição autodestrutiva está relacionada com os modos de organização da pulsão, com a forma como o sujeito encontra recursos psíquicos para se defender frente às exigências da vida, das relações interpessoais e da cultura. Portanto, essa associação paradoxal, entre o sofrimento e a satisfação, diz respeito à história da organização subjetiva de cada um, denotando o intrincamento que evidenciamos no desenvolvimento de nossa pesquisa.

Esperamos que no decorrer da dissertação tenhamos deixado clara a questão trilhada, que nos acompanhou ao longo de todos os capítulos e que tenhamos conseguido indicar o porquê da escolha dessa trajetória, dos textos freudianos e comentadores que sustentaram nosso percurso. Entendemos que a temática estudada é um recorte, que outros caminhos poderiam ter sido traçados e, além disso, não encerra os impasses que ainda poderão surgir a respeito da questão apresentada. No entanto, consoante com o que apresentamos em nossa introdução, nossa perspectiva desde o início foi de, partindo das interrogações clínicas que emergiram em um trabalho na saúde mental pública, compreender o que estaria dando sustentação às repetidas práticas autodestrutivas, que geram sofrimento intenso e, ao mesmo tempo, se apresentavam como uma dificuldade para o tratamento, devido à percepção de uma impossibilidade em abdicar dessas atitudes.

Desse modo, a pesquisa realizada possibilitou deslindar a nossa hipótese inicial de que seria o mecanismo pulsional responsável por manter tais comportamentos e, mais especificamente, concluir que, o que estávamos nos interrogando fazia parte do funcionamento de uma das vicissitudes pulsionais descritas por Freud: o sadomasoquismo. Laplanche e Pontalis (2001) demarcam que o par de opostos sadismo/masoquismo é fundamental para designar a inter-relação da manifestação pulsional, em que a pulsão de morte, associada à libido (pulsão de vida), se secciona nessas duas vertentes, consistindo na ligação direta entre o prazer e a dor. Diante dessa afirmação, inferimos ser devido a isso, por ser algo estabelecido muito primitivamente na vida do sujeito, que ele se manifesta como um entrave no tratamento analítico, por já seguir os caminhos traçados desde o início da constituição psíquica.

Os elementos extraídos ao longo de nosso estudo proporcionaram um esclarecimento de que a pulsão é parte basilar da teoria psicanalítica e, ao mesmo tempo, permaneceu como algo

obscuro e incompleto para Freud até seus últimos escritos. Depreendemos que a pulsão está enlaçada entre o psíquico e o somático, que exige o tempo todo uma satisfação, da qual não é possível se desvencilhar, pois sempre irá encontrar uma maneira de atingir seu objetivo, seja através do prazer ou do sofrimento.

Munidos pelas constatações que a construção teórica nos propiciou alcançar, restaram algumas indagações:

- 1) Qual a influência das fantasias primitivas nesse cenário? A questão da fantasia não foi uma temática debatida de maneira aprofundada ao longo da pesquisa, no entanto, percebemos em nossos estudos que seria um mote importante de ser investigado, por corresponder a uma estrutura organizadora da vida psíquica e, devido a isso, deduzimos a hipótese de que as fantasias podem ter uma relação direta com os destinos pulsionais e com a determinação dos fenômenos autodestrutivos.
- 2) O que é possível fazer, quais as possibilidades de manejo desses fenômenos autodestrutivos em um tratamento psicanalítico na saúde mental pública?

Deixaremos estes questionamentos para uma pesquisa posterior.

REFERÊNCIAS

- Amancio, V. R. (2011). *Uma clínica para o CAPS* [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro].
- Amaral, T. M., & Ferreira, R. A. (2008). Anorexia e Bulimia – Um transtorno alimentar: não se trata disso. *Rev Med Minas Gerais*, 18(4 Supl 1), 5-12.
- Amarante, P., & Cruz, L. B. (2015). *Saúde mental: formação e crítica* (2ª ed.). LAPS.
- Amarante, P., & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415061>
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos De Saúde Pública*, 11(3), 491–494. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413272>.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413357>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4 ed.) FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413685>
- Amarante, P. (2020). *Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016) - Relatório de pesquisa do Projeto Memória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. CAPES.
- Araújo, J. F. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro* (1ª ed.). Intrínseca.
- Arejano, C. B., & Padilha, M. I. C. S. (2005). Cuidar sim, excluir não. *Revista Subjetividades*, 5(1), 72–91.
- Azevedo, M. K., & Mello-Neto, G. A. R. (2015). O Desenvolvimento do Conceito de Pulsão de Morte na Obra de Freud. *Revista Subjetividades*, 15(1), 67–75. <https://doi.org/10.5020/23590777.15.1.67-75>
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. Edusp.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (3ªed.). Graal.
- Bercherie, P. (1989). *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Jorge Zahar.

- Birman, J. (2016). *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico* (3ª ed.). Civilização Brasileira.
- Borges, T., & Paula, M. B. (2022). O quadro clínico da compulsão alimentar a partir de uma leitura winnicottiana. *Cadernos de psicologia*, 4(8), 677-697.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF:MS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Memória da loucura: apostila de monitoria – Série 1: história da saúde no Brasil*. Secretaria-Executiva - Subsecretaria de Assuntos Administrativos. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf
- Breuer, J., & Freud, S. (2016). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação Preliminar. In S. Freud. *Obras completas, Estudos sobre a Histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 18-38) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893).
- Breuer, J. (2016). Considerações teóricas. In S. Freud. *Obras completas, Estudos sobre a Histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 261-357) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895).
- Brida, G. V. P., & Ramos, G. A. (2015). A histeria nas revisões do caso Emmy Von N.: contribuições para a história da psicanálise. *Memorandum*, 28, 36-54.
- Butti, G. (2015). Formação e desinstitucionalização em saúde mental. In P. Amarante, L. B. Cruz (Orgs.), *Saúde mental: formação e crítica* (pp. 51-63). LAPS.
- Campos, A. P. S. (2015). *Impasses do segundo dualismo pulsional freudiano* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Caropreso, F., & Simanke, R. T. (2006). Compulsão à repetição: um retorno às origens da metapsicologia freudiana. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 9(2), 207-224. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000200004>
- Carvalho, S. (2014). *A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio*. Campo psicanalítico.
- Coppus, A. N. S. (2011). Qual a função do corpo na anorexia e na bulimia que se apresentam na clínica da neurose? *Reverso*, 33(61), 15-19.
- Costa, J. F. (2007) *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* (5ª ed.). Garamond.
- Delgado, S. M. (2008). A dimensão ética da psicanálise na clínica da atenção psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 58-66.
- Demantova, A. G. (2017). *Escarificações na adolescência: corpo atacado, corpo marcado* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Desviat, M. (2015) *A reforma psiquiátrica* (2ª ed.). Fiocruz.

- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 1-20.
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia* (1ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Psicologia Política*, 19(44), 78-87.
- Figueiredo, B. Q., Mendes, G. A. R., Cunha, Í. Í. B. R., Dias, J. N., Cunha, L. L. P., Santos, L. M. S., Silveira, M. B. N., Oliveira, M. A. M., Gomes, S. A., & Araújo, P. C. (2022). Transtornos alimentares: etiologias, fatores desencadeantes, desafios de manejo e métodos de triagem. *Research, Society and Development*, 11(12), 546-555. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34476>
- Foucault, M. (1972) *A história da loucura na idade clássica*. Perspectiva.
- Freire, D. S., & Andrada, B. C. C. (2012). A violência do / no corpo excessivo dos transtornos alimentares. *Cadernos de psicanálise*, 34(26), 27-36.
- Freud, S. (1996). A sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed. & Trad., Vol. 3, pp. 249-270). Imago. (Trabalho original publicado em 1898)
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed. & Trad., Vol. 3, pp. 49-72). Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (1996). Interpretação dos sonhos (II). In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed. & Trad., Vol. 5, pp. 371-650). Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed. & Trad., Vol. 1, pp. 333-454). Imago. (Trabalho original escrito em 1895 e publicado em 1950)
- Freud, S. (2004). À guisa de introdução ao narcisismo. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1911-1915)* (Vol. 1, pp. 95-131) (L. A. Hanns, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2004). Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1911-1915)* (Vol. 1, pp. 63-77) (L. A. Hanns, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (2006). Além do princípio do prazer. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1915-1920)* (Vol. 2, pp. 123-198) (L. A. Hanns, Trad.) Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (2007). O eu e o id. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1923-1940)* (Vol. 3, pp. 13-92) (L. A. Hanns, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Freud, S. (2007). O problema econômico do masoquismo. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente (1923-1940)* (Vol. 3, pp. 103-124) (L. A. Hanns, Trad.). Imago. (Trabalho original publicado em 1924)
- Freud, S. (2010). Conferência 31: a dissecação da personalidade psíquica. In S. Freud. *Obras completas, O mal-estar na civilização novas conferências introdutórias e outros textos (1930-1936)* (Vol. 18, pp. 103-119) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933)
- Freud, S. (2013). Concepção psicanalítica do transtorno psicogênico da visão. In S. Freud. *Obras completas, Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)* (Vol. 9, pp. 313-323) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1910)
- Freud, S. (2014). Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico. In L. A. Garcia-Roza, *Afasias* (1ª ed., pp. 13-124). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1881)
- Freud, S. (2016) Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In Iannini, G., & Tavares P. H. (Orgs.), *Obras incompletas de Sigmund Freud: Neurose, psicose e perversão* (1ª ed., pp. 122-148). Autêntica. (Trabalho originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (2016). Caso Elisabeth Von R. In S. Freud. *Obras completas, Estudos sobre a Histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 194-260) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2016). Caso Emmy Von N. In S. Freud. *Obras completas, Estudos sobre a Histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 75-154) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (2016). *Estudos sobre a Histeria* (Vol. 2) (P.C. Souza, Trad.). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud. *Obras completas, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos* (Vol. 6, pp. 13-172) (P. C. Souza, Trad.). Companhia das letras. (Texto original publicado em 1905)
- Freud, S. (2020). As pulsões e seus destinos. In G. Iannini & P. H. Tavares (Orgs.), *Obras incompletas de Sigmund Freud: As pulsões e seus destinos - edição bilingue* (1ª ed., pp. 13-63). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915)
- Fuchs, S. S., & Zornig, S. (2013). A escuta analítica: corpo, afeto e palavra. *Psicologia em Revista*, 19(3), 340-352. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p340>
- Garcia, P. T., & Reis, R. S. (2018). *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*. EDUFMA.
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Introdução à metapsicologia freudiana: sobre as afasias e o Projeto de 1985* (Vol. 1). Jorge Zahar.
- Garcia-Roza, L. A. (1995). *Introdução à metapsicologia freudiana: artigos de metapsicologia (1914/1917)* (Vol. 3). Jorge Zahar.

- Garcia-Roza, L. A. (2009). Freud e o inconsciente (1ª ed.). Jorge Zahar.
- Garcia-Roza, L. A. (2014). As afasias de 1891. In L. A. Garcia-Roza, *Afasias* (1ª ed., pp. 125-171). Jorge Zahar.
- Garcia-Roza, L. A. (2014b). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões* (2ª ed.). Jorge Zahar.
- Giacobone, R. V. (2012). *O sujeito e as drogas: marcas identitárias e contemporaneidade* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul].
- Goulart, M. S. B. (2008). Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Mnemosine*, 4(1), 2-15.
- Green, A. (2010). Do “Projeto” à “Interpretação dos Sonhos”: ruptura e fechamento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 111-133.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145–2154. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
- Gurfinkel, D. (2011). *Adições – paixão e vício* (1ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Hanns, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Imago.
- Hanns, L. A. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Imago.
- Hanns, L. A. (2004a). Comentários do editor brasileiro. In S. Freud. *Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico – Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (Vol. 1, pp. 63-77). Imago.
- Hanns, L. A. (2004b). Comentários do editor brasileiro. In S. Freud. *Pulsões e destinos da pulsão – Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (Vol. 1, pp. 133-174). Imago.
- Heidrich, A. V. (2007). *Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análises sob a perspectiva da desinstitucionalização* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul].
- Hiluy, J., Nunes, F. T., Pedrosa, M. A. A., & Appolinário, J. C. B. (2019). Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. *Debates Em Psiquiatria*, 9(3), 6–13. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2019.v9.49>
- Iannini, G., & Tavares, P. H. (2020). Apresentação. In S. Freud. *As pulsões e seus destinos – Obras incompletas de Sigmund Freud – edição bilingue* (P. H. Tavares, Trad.). (1ª ed.). Autêntica.
- Iannini, G. (2000). Caro Fliess, há algo de novo nas psicoses. *Revista Curinga*. V. 14, 70-79.
- Jorge, M. A. C. (2014). Das afasias à histeria. In L. A. Garcia-Roza, *Afasias* (1ª ed., pp. 7-12). Jorge Zahar.
- Klautau, P. (2017). O método psicanalítico e suas extensões: escutando jovens em situação de vulnerabilidade social. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 113–127. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p113.8>

- Klautau, P., Winograd, M., & Campos, F. S. de. (2013). Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do eu. *Avances em Psicología Latinoamericana*, 31(3), 522-531.
- Laender, N. R. (2005). A construção do conceito de superego em Freud. *Reverso*, 27(52), 63-68.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4ª ed.). Martins Fontes.
- Larousse Cultural. (1992). Reforma. In *Larousse Cultural Dicionário de Língua Portuguesa*. Nova cultural.
- Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República.
- Lima, D. K. R. R., & Guimarães, J. (2019). A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde Em Debate*, 43(122), 883-896. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde E Sociedade*, 26(1), 155-170. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>
- Macedo, M. M. D. R., & Klautau, P. (2020). A escuta analítica como instrumento de resgate e manutenção do laço social. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 11(3supl), 45-60. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3suplp45>
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 10(1), 86-106. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006>
- Maldonado, G. (2005) *Um estudo sobre o conceito freudiano de pulsão de morte* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro].
- Marioto, S. (2016). *O dualismo pulsional em Freud* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos].
- Martins, R. C. (2019). Reformas psiquiátricas e o processo de ressignificação do trabalho de saúde mental. *Revista do NUFEN*, 11(2), 96-116.
- Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904*. Imago.
- Matta, G. C. (2005). A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação E Saúde*, 3(2), 371-396. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200007>
- Melo, A. M. C. (2012). Apontamentos sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(10), 201-213. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i9.68692>
- Mezan, R. (1982). *Freud: a trama dos conceitos* (5ª ed.). Perspectiva.

- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* (1ªed.). Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2008) *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Ministério da Saúde. (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_a_colhimento.pdf
- Mohr, A. (2018). Por que, diabos, não podemos nos suicidar? *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 7(2), 35-46.
- Monzani, L. R. (1989). *Freud: o movimento de um pensamento* (2ª ed.). UNICAMP.
- Nakasu, M. V. P. (2012). Avatares da instância crítica: supereu entre o isso e o princípio de morte. *Psicologia USP*, 23(3), 467–480. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000011>
- Nakasu, M. V. P., & Silva Junior, N. (2013). Em defesa de uma certa autonomia: releitura do masoquismo moral em Freud. *Percurso: Revista de Psicanálise*, (57), 71-82.
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2000). Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(4), 178–179. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000400007>
- Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrodo, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12, 983-1010. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>
- Oliveira, W. F., Padilha, C. S., & Oliveira, C. M. (2011). Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, 35(91), 587-596.
- Paraná. (2014). *Oficinas do APSUS: Formação e qualificação do profissional em atenção primária à saúde – oficina 8: saúde mental*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
- Paraná. (2021). *Estratificação de risco em saúde mental – Linha de cuidado em saúde mental*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.
- Paulin, L. F., & Turato, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 11(2), 241–258. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>
- Pereira, M. B M., Bressani, B. H. M., & Souza, M. F. S. (2019). O conceito de pulsão de morte e sua articulação com os sintomas da anorexia e bulimia. *Pretexito – Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 4(7), 446-464.

- Pinheiro, N. (2019). Presença paterna e construção da ilusão de unidade a partir das teorias de Freud e Winnicott. *Polêm!ca*, 19(3), 109-121. <https://doi.org/10.12957/polemica.2019.52332>
- Pinheiro, N. N. B., & Darriba, V. A. (2012). O corpo sobre o fio da angústia: reflexões teóricas sobre o estatuto do corpo na clínica psicanalítica. *Polêm!ca*, 10(3), 378-388. <https://doi.org/10.12957/polemica.2011.2906>
- Pinheiro, N. N. B. (2022). Pesquisa em psicanálise na universidade: uma proposição metodológica. In N. N. B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro (Orgs.), *Pesquisas em psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 13-27). Pedro & João.
- Pinheiro, N. N. B., Lustoza, R. Z., & Pinheiro, D. P. N. (2019). Pesquisa em Psicanálise na Universidade: seguindo o método freudiano. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 8(15), 1-11.
- Pinho, M. P. H. (2021). *Um estudo sobre as defesas psíquicas na obra freudiana: uma possibilidade de escuta em contexto hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná].
- Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.
- Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro.
- Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as normas e diretrizes para o atendimento ambulatorial no SUS. Diário Oficial da União.
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413883>
- Quadros, R. B. D. S. (2017). *Contribuições da psicanálise à clínica em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: análise sistemática das produções acadêmicas entre 2000 e 2014* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará].
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B.. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 24(1), 253–271. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
- Rotelli, F. (2015). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In P. Amarante, L. B. Cruz (Orgs.), *Saúde mental: formação e crítica* (pp. 37-50). LAPS.
- Rotelli, F., Leonardis, O. & Mauri, D. (2001). *Desinstitucionalização* (2ª ed.). Hucitec.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Jorge Zahar.

- Rudge, A. M. (1998). *Pulsão e linguagem: esboço de uma concepção psicanalítica do ato*. Jorge Zahar.
- Rudge, A. M. (2006). Pulsão de morte como efeito de supereu. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 79–89. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000100006>
- Saiol, J. R. S. (2016). Legislação psiquiátrica no início da República: entre o protagonismo do Hospício Nacional de Alienados e a interiorização da assistência. *Anais do XVII Encontro de História da Anpuh-Rio*. UFRRJ.
- Sampaio, M. L. (2020). *Cuidado em saúde mental: análise multidimensional na perspectiva da desinstitucionalização* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia].
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação E Saúde*, 19, e00313145, 1-19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>
- Santos, N. A. G. (1992). *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Scazufca, A. C. M. (1998). Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].
- Scazufca, A. C., & Berlink, M. T. (2004). Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. In M. R. Cardoso (Org.), *Limites* (pp. 89-106). Escuta.
- Silva, G. B., & Holanda, A. F. (2014). Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 27, 127–142.
- Silva, J. P. N., Silva, C. V., & Pedroso, J. S. (2021). Contribuições psicanalíticas na compreensão do cuidado em saúde mental no Brasil: revisão de literatura. *Actualidades En Psicologia*, 35(130), 19–34. <https://doi.org/10.15517/ap.v35i130.39170>
- Simplicio, C. G. (2016). Um olhar psicanalítico sobre a autonomia para morrer. *Reverso*, 38(71), 83-89.
- Souto, F. I. M., & Riguini, R. D. (2021/2022). Compulsão à repetição: a marca no psiquismo do além do princípio do prazer. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 37(1), 61-78.
- Strachey, J. (1996a) Notas do editor inglês. In S. Freud. Projeto para uma psicologia científica: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 333-454). Imago.
- Strachey, J. (1996b) Notas do editor inglês. In S. Freud. *Interpretação dos sonhos: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 371-650). Imago.
- Strachey, J. (1996c) Notas do editor inglês. In S. Freud. *Três ensaios sobre a sexualidade: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 117-229). Imago.

- Strachey, J. (1996d) Notas do editor inglês. In S. Freud. *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão (1910)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Vol. 11, pp. 217-228). Imago.
- Strachey, J. (1996e) Notas do editor inglês. In S. Freud. *Os instintos e suas vicissitudes (1915)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Vol. 14, pp. 117-146). Imago.
- Strachey, J. (1996f) Notas do editor inglês. In S. Freud. *Sobre o narcisismo: uma introdução (1914)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Vol. 14, pp. 77-110). Imago.
- Strachey, J. (1996g) Notas do editor inglês. In S. Freud. *Problema econômico do masoquismo (1924)*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Vol. 19, pp. 175-190). Imago.
- Teixeira, M. O. L. (2019). Pínel e o nascimento do alienismo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 540-560. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.44288>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 9(1), 25–59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Ungier, A. (2008). Por uma psicanálise bem temperada. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 43-51.
- Vargas, S. C., & Romero, S. M. (2021). Automutilação e ideação suicida: um drama da adolescência na atualidade. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14466–14480. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-009>
- Vianna, A., & Pfeil, B. (2020). Diálogos entre a morte e a autolegitimação da vida. *Polêm!ca*, 20(1), 001-022. <https://doi.org/10.12957/polemica.2020.55972>
- Vilhena, J., & Rosa, C. M. (2011). A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(3), 130-147.
- Villela, A. B. (2013). A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional. *Cadernos de psicanálise*, 35(29), 77-87.

ANEXO 1 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E FLUXOGRAMA



ESTADO DO PARANÁ Secretaria de Estado da Saúde – SESA Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental - DVSAM			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL			
Nome do usuário: Ocupação:		Número de Prontuário:	
Nome e inscrição profissional (profissional que realizou atendimento):			
Serviço de saúde:		Data:	
Instruções de preenchimento ¹ :			
1) Devem ser consideradas as manifestações sintomáticas ocorridas somente nos últimos 12 meses;			
2) Todos os grupos devem ser preenchidos;			
3) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma;			
4) Realize a somatória dos números circulados;			
5) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.			
SINAIS E SINTOMAS		NÃO	SIM
GRUPO I	Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou episódios de sensação de morte iminente, de enlouquecer ou de perder o controle	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Medo intenso e persistente de alguma coisa ou alguma situação bem definida que não apresente risco real (fobia)	0	2
	Crises conversivas (distúrbios sensoriais sem base física) e/ou dissociativas (alteração da qualidade da consciência, estreita/rebaixada)	0	2
	Alterações do apetite ou do comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso e/ou a forma corporal com distorção da autoimagem	0	2
	Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas	0	2
	Pensamentos ou comportamentos repetitivos/compulsivos com ou sem rituais obsessivos	0	2
	Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais pode não haver vinculação com a realidade)	0	4
	Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente	0	4
	Prejuízo da atividade sexual (perda ou aumento do desejo sexual, impotência, frigidez, dor na penetração, entre outros)	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
	Ideação suicida sem planejamento	0	4
Ideação suicida com planejamento ² ou histórico de tentativa de suicídio recente (últimos 12 meses)	0	10	

¹ Realizada preferencialmente pelo profissional de nível superior e vinculada à elaboração do plano de cuidados e/ou ao Projeto Terapêutico Singular.

² Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência



LINHA DE
CUIDADO EM
**SAÚDE
MENTAL**



GRUPO II	Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar	0	4
	Humor instável associado a impulsividade e comportamentos destrutivos	0	6
	Heteroagressividade e/ou comportamento autolesivo	0	8
	Desinibição social, sexual e/ou perda da noção de pudor	0	4
	Aumento da atividade motora com ou sem inquietação excessiva e constante	0	4
	Humor anormalmente elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cujo questionamento não é tolerado)	0	8
	Alucinação (percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa, ou tátil sem a presença de objetos reais)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento (pode estar acelerado, lentificado ou interrompido)	0	6
	Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração	0	8
	Alteração da memória (perda, excesso ou lapso)	0	2
GRUPO III	<i>Delirium tremens</i> (diminuição do nível da consciência, tremores, febre, sudorese, alucinações de pequenos insetos e animais e outros sintomas que surgem após 72 horas de abstinência alcoólica)	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do uso de substâncias psicoativas (mantém o uso apesar do prejuízo)	0	8
	Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros sob efeito de substâncias	0	8
	Consumo progressivo de substância psicoativa sem obter o efeito esperado (tolerância)	0	6
Uso abusivo de Substâncias Psicoativas	0	8	
GRUPO IV	Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil	0	4
	Movimentos corporais ou comportamentais repetitivos, bizarros ou paralisados	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares	0	4
	Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades motoras	0	4
	Severa dificuldade na interação social e às mudanças na rotina	0	8
	Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas	0	2
	Comportamento provocativo, desafiador e/ou opositor persistente	0	6
Comportamentos ou reações emocionais que não correspondem ao esperado para a idade biológica	0	4	
	Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão	0	4
	Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas)	0	4
	Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável	0	4



GRUPO V

Precariedade de suporte familiar e/ou social com ou sem isolamento social e distanciamento afetivo	0	4
Testemunha de violência	0	2
Autor ou Vítima de violência interpessoal	0	6
Perda da funcionalidade familiar e/ou social (autonomia)	0	6
Perda progressiva da capacidade funcional, ocupacional e social decorrentes de um agravo de saúde	0	4
Vulnerabilidade social	0	2
Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio	0	2
Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada	0	4
Faixa etária menores de 18 anos e maiores de 60 anos	0	6
Abandono e/ou atraso escolar	0	2

PONTUAÇÃO	RISCO	PONTUAÇÃO TOTAL: ESTRATIFICAÇÃO:
0 a 40	BAIXO RISCO	
42 a 70	MÉDIO RISCO	
72 a 240	ALTO RISCO	
Condições Especiais	Gestação e maternidade recente (há menos de um ano); grupos vulneráveis (ex: indígena, LGBTQIA+, migrante, pessoa em situação de rua, população exposta a agrotóxicos), deficiência intelectual moderada ou severa.	
Eventos agudos	Tentativa de suicídio; crise; surto psicótico.	

Autoria de Aline Pinto Guedes, Débora de F. Gueff Waltrich, Flávia Caroline Figei, Júlia Elaine Murta, Larissa Sayuri Yamaguchi, Maristela da Costa Souza, Rejane Cristina Tetzela Tabuti, Suelen Letícia Gonçalves, Vanessa Carvalho de Souza Leal, Wladimir Cid Bastos Gonçalves.

Colaboração: Técnicos das regionais de saúde e COSEMS.

**Fluxograma de atendimento na Rede de Atenção à Saúde
conforme Estratificação de Risco em Saúde Mental**

