



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PSICOLOGIA

LEYLAYNE FERREIRA DA SILVA

**PSICANÁLISE PARA ALÉM DA CLÍNICA: CONTRIBUIÇÕES NO CONTEXTO  
PSICOSSOCIAL**

GOIÂNIA  
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome completo da autora: Leylayne Ferreira da Silva

Título do trabalho: Psicanálise para Além da Clínica: Contribuições no Contexto Psicossocial

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ x ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)s autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

### Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Marilucia Pereira Do Lago, Professora do Magistério Superior**, em 12/02/2024, às 17:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leylayne Ferreira Da Silva, Discente**, em 15/02/2024, às 11:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4377945** e o código CRC **196909ED**.

LEYLAYNE FERREIRA DA SILVA

**PSICANÁLISE PARA ALÉM DA CLÍNICA: CONTRIBUIÇÕES NO CONTEXTO  
PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Universidade Federal de Goiás como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel em  
Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marilúcia Pereira do  
Lago.

GOIÂNIA

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Silva, Leylayne Ferreira da

Psicanálise para além da clínica: contribuições no contexto psicossocial [manuscrito] / Leylayne Ferreira da Silva. - 2024.  
58 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Marilúcia Pereira do Lago.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2024.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui tabelas.

1. Psicanálise. 2. Psicologia. 3. Contexto psicossocial. 4. Saúde.  
I. Lago, Marilúcia Pereira do, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos dois dias do mês de fevereiro ano de 2024 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Psicanálise para Além da Clínica: Contribuições no Contexto Psicossocial”, de autoria de Leylayne Ferreira da Silva, do curso de Psicologia, da Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pela Profa Dra Marilúcia Pereira do Lago com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa Dra Renata Leite Soares. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0, tendo sido o TCC considerado Aprovada.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Marilucia Pereira Do Lago, Professora do Magistério Superior**, em 06/02/2024, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Leite Soares, Professor do Magistério Superior**, em 07/02/2024, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4365072** e o código CRC **54822C48**.

À minha avó, Maria Antonieta, mulher negra, trabalhadora, de gênio forte e sorrisos, presença que eu gostaria de ter aqui, embora eu saiba que apesar de ter partido ainda vive em mim. Amo-te, e sentirei sua falta até a última batida do meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Mesmo correndo o risco de ser injusta e acabar esquecendo algum nome, vou iniciar meus agradecimentos de forma mais ou menos cronológica registrando aqui pessoas que são sinônimos de algo que posso resumir em uma única palavra: amor. Primeiramente, gostaria de agradecer às minhas amigas do ensino médio que seguem na minha vida, de forma especial à Vanessa e sua mãe Cleudiane, que são praticamente minha segunda família, à Fernanda que está longe mas se faz presente, ao Maurilio e à Giovanna. A minha jornada no secundário não foi nada fácil, e ter vocês ao meu lado me fortaleceu, vocês me amaram e aceitaram em um momento que eu mesma não estava sendo capaz disso. Aqui, também não pode faltar a Maíra, que foi minha professora, e hoje é minha encorajadora, confidente e amiga; desejo que o universo lhe retribua a generosidade, cuidado e amparo que dá aos outros, e que as suas dores não te impeçam de ver a preciosidade que você representa em nossas jornadas.

Próximo ao período citado acima, já no início da graduação, encontrei a minha primeira psicóloga, Larissa, que me acolheu em um momento de enorme vulnerabilidade, o seu suporte ajudou a salvar a minha vida, apesar de nossos desencontros serei eternamente grata. Acredito que essa experiência inaugural com uma profissional tão acolhedora, jovem e competente serviram para diminuir vários dos meus receios ao estar em uma posição tão íntima e sensível que é o processo de autoconhecimento, onde temos a oportunidade de revisitar as nossas feridas e trabalhar em seu processo de cicatrização. Apesar delas continuarem existindo, não nos paralisam como antes. Com você aprendi muito sobre mim e sobre quem eu quero ou não quero ser, seja no nível pessoal, acadêmico e profissional.

Rayssa, tenho a impressão que estávamos destinadas a nos conhecer, e a partir deste momento formarmos uma grande parceria. Obrigada por cada atividade, angústia, sonhos, expectativas, frustrações, sorrisos, conhecimento, experiências, jobs e apoio que foram compartilhados. Foi incrível crescer e aprender ao seu lado, assim como ao de Yara, Joyce e Vivian, uma rede de apoios sensacional, principalmente nessa etapa final. Nossos “Plantões do TCC” auxiliaram a tornar o peso deste encerramento de ciclo mais suportável, leve e prazeroso, além de divertido.

Agradeço de forma especial à Yara, um dos seres humanos mais doces e gentis que conheço, por ser calma em meio à tempestade, uma grande amiga e companheira de formação, além de ter me apresentado ao grupo de estudos sobre Narrativas Marginais onde pude desenvolver minhas Iniciações Científicas. Elas foram essenciais para o meu empoderamento, que viabilizou o fato de hoje estar concluindo este trabalho, visto que

embora eu sempre tenha tido grande afinidade com a psicanálise, as dificuldades de compreensão com a teoria também foram e ainda são igualmente proporcionais. Sem essas experiências muito provavelmente eu não teria a coragem para construir este TCC nesta abordagem teórica. Aproveitando a deixa, agradeço também à professora Priscilla Lima, minha orientadora das ICs, sua atenção, paciência, carinho e sabedoria me deram segurança, e por conseguinte, força para conduzir minhas pesquisas.

Agradeço infinitamente à Marilúcia, minha orientadora deste trabalho, em primeiro lugar pela tamanha importância que representou na minha formação como um todo, por além de professora ter sido uma norteadora para a vida, pela atenção nos momentos de maior angústia, pela confiança e incentivo à profissional que estou me constituindo. O seu apoio foi imprescindível, te vejo enquanto uma grande referência em vários sentidos, e minha admiração por você só cresce a cada instante que passo ao seu lado.

Bárbara, sou extremamente grata por ter tido a sorte em tê-la como companheira de estágio. Obrigada por em incontáveis vezes ter segurado a barra por nós duas, por cada posicionamento, frustração, troca, expectativa e aprendizado divididos. A indicação da obra *“As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social”* foi um verdadeiro presente que chegou na hora certa. Aproveito este espaço para agradecer também à Márcia, Kellen, Carol, Cristiane, Yonalla, demais membros da equipe vespertina do CAPSad (Álcool e outras Drogas) onde tive a experiência do estágio obrigatório e aos usuários do serviço com que tive contato, aprendi muito com vocês.

Não posso deixar de citar minha analista Vanessa, por ter me ajudado a dar voz àquilo que insistia a se calar em mim; minha mãe Alairde e meu pai Ronan pelo incentivo aos estudos às suas maneiras, assim como meu padrinho João Batista. À Liquenir, Andréyna e Deborah agradeço por serem minhas “irmãs de alma”, meu porto seguro; enquanto eu existir vocês nunca estarão sozinhas. Agradeço também aos Pretos Velhos, por me pegarem no colo, enxugarem cada uma das minhas lágrimas e sempre estarem comigo, assim como as outras entidades que me acompanham.

Obrigada a todos (as) participantes da pesquisa que reservaram o seu tempo para me ajudar e contribuir com este trabalho! Ressalto também minha gratidão à UFG e às políticas de assistência estudantil, bem como ao programa PIBIC-AF ao qual tive a oportunidade de ser bolsista. Uma vez, em uma das situações de desamparo, uma Preta Velha me disse que eu tinha muitas pessoas comigo, e hoje, produzindo e relendo esta seção de agradecimentos isso fica ainda mais evidente, obrigada a todas e todos! Axé!

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é explorar a possibilidade de contribuições da psicanálise no contexto psicossocial para além do modelo clínico individual e compreender as implicações do laço social que perpassa o sujeito. Portanto, buscamos investigar como os psicólogos que se pautam nessa perspectiva teórica exercem as suas práticas em instituições de saúde e de saúde mental. Diante disso, discutimos a relação entre Psicologia e Psicanálise, levantamos um breve histórico das clínicas públicas psicanalíticas, discorremos sobre grupos operativos e a respeito da psicoterapia breve de base psicanalítica. Para tanto, partimos de autores como Sigmund Freud, Renato Mezan, Pichon-Rivière e Neusa Santos Souza. O método utilizado foi a pesquisa qualitativa com revisão bibliográfica e entrevista online por meio do Google Forms realizada com 10 psicólogos (as) no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024, as quais foram analisadas pela análise de conteúdo temática de Bardin (1977).

**Palavras-chave:** psicanálise; psicologia; contexto psicossocial; saúde.

## ABSTRACT

The objective of this work is to explore the possibility of contributions of psychoanalysis in the psychosocial context beyond the individual clinical model and to understand the implications of the social bond that permeates the subject. Therefore, we seek to investigate how psychologists who are guided by this theoretical perspective exercise their practices in health and mental health institutions. In view of this, we discuss the relationship between Psychology and Psychoanalysis, raise a brief history of public psychoanalytic clinics, discuss operative groups and brief psychoanalytic psychotherapy. To this end, we started from authors such as Sigmund Freud, Renato Mezan, Pichon-Rivière and Neusa Santos Souza. The method used was qualitative research with literature review and online interview through Google Forms carried out with 10 psychologists in the period of November 2023 to January 2024, which were analyzed by the thematic content analysis of Bardin (1977).

**Key-words:** psychoanalysis; psychology; psychosocial context; health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- Figura 1:** Áreas de atuação dos (as) psicólogos (as) brasileiros/as nas três condições de inserção profissional..... 19
- Figura 2:** Esquema simplificado do método psicanalítico..... 23

### QUADROS

- Quadro 1:** Caracterização dos participantes da Pesquisa..... 42
- Quadro 2:** Dificuldades e desafios gerais..... 43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Abordagens de acordo com as regiões do país.....	29
<b>Tabela 2:</b> Autores de referência.....	29

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. INTERFACES ENTRE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE.....</b>	<b>16</b>
1.1 Psicologia: perspectivas e atribuições.....	16
1.2 Psicanálise e a revolução do inconsciente.....	21
1.3 Psicanálise e formação do psicólogo.....	25
<b>2. PSICANÁLISE E LAÇO SOCIAL.....</b>	<b>31</b>
2.1 Aspectos históricos: as clínicas públicas psicanalíticas.....	31
2.2 Rede de Atenção Psicossocial e políticas públicas.....	34
2.3 A transposição do método psicanalítico para o contexto psicossocial.....	37
<b>3. RESULTADOS DA PESQUISA.....</b>	<b>41</b>
3.1 Método.....	41
3.2 Apresentação dos resultados.....	41
3.3 Análise e discussão.....	44
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário online via Google Forms.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>56</b>

## INTRODUÇÃO

Sigmund Freud (1856-1939), o criador da psicanálise, através de sua prática e estudos na clínica médica conquistou grandes descobertas as quais o possibilitou fundamentar suas produções em virtude do aporte obtido principalmente neste cenário. A partir disso, ele transpôs o modelo clínico-médico para o modelo analista-analisando estruturado no tripé teórico-prático, teórico-clínico e no *setting* terapêutico. Este último é amparado pela transferência, seja ela de viés amoroso ou hostil, de modo que a sua ausência ou um mau manejo da mesma impossibilita o avanço do tratamento analítico que inicialmente foi pensado na díade citada acima. Jacques Lacan (1901-1981), autor que revisou boa parte das obras freudianas, ao se pautar nelas, foi capaz de lançar um novo olhar à teoria que foi enriquecida pelos saberes da linguística e posteriormente ampliada para a clínica das psicoses que também foi fundamentada no modelo clínico. De maneira semelhante, os psicanalistas seguintes também se destacaram por suas contribuições e atuação predominantemente no que se refere às reflexões sobre o atendimento privado e individual.

No entanto, isso tem mudado na contemporaneidade devido a influência de fatores como a maior inserção dos psicólogos em ambientes institucionais, categoria que tradicionalmente também se destaca pela atuação no consultório privado (BORNHOLDT; CASTRO, 2004). Segundo pesquisa realizada no estado de São Paulo no ano de 1981, cerca de 66% dos psicólogos atuantes concentravam-se no trabalho autônomo no campo clínico enquanto apenas 4% dos psicólogos estavam inseridos no contexto público (BOCK, 1999 apud CFP, 2022). Já em um levantamento mais atualizado realizado em 2009 para verificar o perfil do psicólogo brasileiro, embora mais de 50% da categoria ainda predominasse no campo clínico, 40,3% já se encontravam no contexto público, estando destes, a maioria na área da saúde (CFP, 2022).

Nesse sentido, a psicanálise, assim como a psicologia, historicamente apresenta a concentração de produções marcadas pelo atendimento individual no consultório privado, o qual reflete demandas que refletem as problemáticas de cada época. Portanto, ainda que essa abordagem não tenha se restringido a esse seio de origem, é relevante um maior aprofundamento no debate sobre psicanálise e saúde, visto que seu próprio fundador defendeu a presença desta no campo das políticas públicas, mas não deixou claro os meios como isso se daria (MARINO, 2020). Logo, se mostra pertinente uma investigação de como essa perspectiva teórica pode estar presente na prática de psicólogos que se fundamentam nesta

visão de mundo sendo atuantes em ambientes como os órgãos de atendimento psicossocial, lugares que podem apresentar objetivos bem diferentes da proposta analítica.

Sendo assim, a implementação da RAPS (Rede de atenção Psicossocial), política recente que possui uma construção pautada na coletividade, coloca certos desafios ao trabalho do psicólogo no contexto psicossocial, como a necessidade de rompimento da lógica ambulatorial, a desvinculação do modelo clínico tradicional, bem como a desalienação da ênfase no trabalho técnico e especialista. Diante disso, nesse âmbito devem ser priorizados o olhar interdisciplinar e a articulação em rede ancoradas nos princípios que fundamentam o SUS (Sistema Único de Saúde), promovendo então a: integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização da rede e a participação social. Dessa forma, espera-se oferecer uma atenção amparada também nas mudanças feitas na Reforma Psiquiátrica, isto é, humanizada e que seja constantemente avaliada para não regredir à noção hospitalocêntrica, sendo então, comprometida com a transformação da realidade a fim de torná-la mais inclusiva, propiciando a autonomia do sujeito (CFP, 2022). Logo, indagamos: quais as possibilidades do psicólogo utilizar o modelo teórico-prático da psicanálise no contexto psicossocial?

Frente ao exposto, cabe aqui refletir sobre as possibilidades e limites da prática psicológica orientada pela psicanálise em espaços de atendimento público. Desta forma, buscamos explorar como ocorre o acolhimento dos usuários na área da saúde e da saúde mental, como, por exemplo, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) citada acima, a qual de acordo com o instrutivo técnico elaborado pelo Ministério da Saúde (2022) está estruturada em seis eixos: “1) Atenção Primária em Saúde; 2) Atenção Especializada; 3) Atenção às Urgências e Emergências; 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar e 6) Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação” (p. 10).

O interesse em pesquisar as questões que atravessam o tema vem do contato majoritariamente com textos teóricos que discorrem sobre o atendimento clínico individual vivenciado durante a graduação com enfoque na Ênfase Clínica, divisão meramente didática, visto que o psicossocial é inseparável do sujeito. Concomitantemente, a experiência prática no estágio obrigatório em um CAPS - Álcool e Outras Drogas (CAPSad) para adultos também contribuiu com o fortalecimento da afinidade com a temática, bem como a percepção da necessidade em aprofundar a pesquisa sobre o entrelaçamento entre psicanálise e o contexto psicossocial. Portanto, frente a curiosidade e dúvidas que a questão coloca, particularmente sobre a atuação no campo e como se dá a articulação com outros profissionais da área do conhecimento como assistentes sociais, enfermeiros, médicos, arte-terapeutas,

fonoaudiólogos, dentre outros, ou seja, numa perspectiva multiprofissional, pontua-se aqui alguns dos motivos de desejo pela pauta. Além disso, também há a preocupação em compreender os limites entre psicanálise e psicologia, visto que embora frequentemente as duas sejam associadas, tratam-se de concepções e enfoques diferentes. Portanto, buscamos explorar quais os objetivos, diferenças e semelhanças entre ambas e como isso aparece no contexto de trabalho do psicólogo atuante no contexto psicossocial.

Diante disso, consideramos o estudo relevante pois a produção teórica de conhecimento que discute a atuação do psicólogo sob a perspectiva psicanalítica em contextos públicos é escancaradamente menor do que as que se desdobram sobre o atendimento clínico privado e individual. Além disso, sabe-se que para a atuação do profissional psicólogo no contexto psicossocial não há uma teoria específica, logo, é pertinente explorar as diversas possibilidades que este cenário permite. Desta forma, acreditamos ser de grande pertinência fazer uma investigação que aborde essa temática de modo a abarcar reflexões, análises, questionamentos e novos saberes sobre o modelo teórico da psicanálise que é em sua gênese individual. Para tanto, partimos da pesquisa bibliográfica e uma entrevista realizada de forma online através do Google forms onde entrevistamos psicólogos e psicólogas que trabalham ou já trabalharam na área da saúde com o intuito de aprofundar esta discussão.

Nesta perspectiva, o primeiro capítulo deste trabalho irá apresentar possíveis aproximações e distanciamentos entre psicologia e psicanálise de forma a debater quais objetivos, métodos e desafios cada uma se propõe para explorar como se dá a articulação entre ambas. No segundo capítulo trazemos como questão central o entrelaçamento entre a psicanálise e a sociedade, abordamos como esta trabalha com grupos terapêuticos e discutimos sobre algumas especificações que caracterizam a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Por fim, em nosso último capítulo apresentamos e discutimos os resultados de nossa pesquisa, sobre os quais esperamos contribuir com uma maior compreensão entre teoria e prática, ressaltar a importância do trabalho em saúde e saúde mental no serviço público, abrir espaço para diferentes concepções, explicitar a potência do trabalho multiprofissional e ampliar a literatura sobre psicanálise para além do contexto tradicional.

## CAPÍTULO I

### INTERFACES ENTRE PSICOLOGIA E PSICANÁLISE

#### 1.1 Psicologia: perspectivas e atribuições

O Brasil, país marcado pela desigualdade social, dominação e violência, sempre sofreu para se tornar uma nação emancipada. Tudo era controlado pelo Estado, desde a educação à religião, o que dificultava ainda mais essa tarefa, e como bem sabemos, os costumes hierárquicos sempre são reforçados, sustentados e fomentados pela elite. Aqui, as instituições de ensino superior foram criadas tardiamente, surgindo apenas no século XIX. Sendo assim, inicialmente as ideias psicológicas foram analisadas e produzidas de acordo com as diferentes culturas e visões de mundo estrangeiras, posto que a princípio, infelizmente fomos mais consumidores do que produtores do conhecimento psicológico. Diante disso, e do fato de termos sido uma colônia de exploração, é comum observarmos uma certa pluralidade acerca da psicologia produzida aqui (MASSIMI, 2006).

Os jesuítas vieram para o solo brasileiro em 1549, de forma que a Companhia de Jesus formou-se a partir de um grupo de docentes da Universidade de Paris e sofreu fortes influências dos movimentos europeus Humanistas e Renascentistas. Esses indivíduos discutiam a filosofia renascentista mas sem abandonar a filosofia cristã, em sua maioria discutiam sobre textos de Aristóteles e São Tomás de Aquino. Embora esses discursos não possuíssem um caráter psicológico, respondiam assuntos desse meio. Essa ordem religiosa de certo modo impulsionou um processo de reflexão acerca da individualidade. Ao instruírem os nativos a buscarem a salvação, desconsiderando as divindades já cultuadas pelos povos indígenas, conseqüentemente estavam os induzindo a uma análise interior imposta, instigando a construção de uma ética cristã já existente em outras sociedades desde meados do século II d.C aproximadamente. Surgia então, os primeiros aspectos de uma interioridade individualizada, onde cada qual devia buscar Deus no íntimo do seu verdadeiro eu. Para isso, deveriam estar sempre alertas acerca das tentações, pois, somente assim seriam homens puros e santos (MASSIMI, 2006).

A emergência do saber psicológico também foi muito influenciada pela noção de subjetividade privatizada e a conseqüente crise desta. Esse termo se refere à ideia construída socialmente, em especial, nas sociedades ocidentais de que nossas emoções, pensamentos e sentimentos são únicos, ou seja, ninguém além de nós mesmos os vivenciamos, são estritamente privados. Vale ressaltar que essa concepção não é natural tão pouco universal, dado que na Idade Média européia, período compreendido entre o século V e XV, por

exemplo, havia um senso de coletividade muito forte de modo que o sujeito se via enquanto parte de um todo, e não como um ser isolado dentro da comunidade lutando sozinho pela própria sobrevivência. Semelhante a essa ilusória ideia há a crença da liberdade humana que postula a independência do sujeito em conduzir a própria vida, uma autonomia isenta de influência e alienações (FIGUEIREDO, 1997).

É evidente que os aspectos econômicos e sociais exercem grande influência sobre o processo de constituição do indivíduo e da subjetividade privatizada. O contexto histórico no qual estamos inseridos refletem fortemente em nossa relação com o mundo e com nós mesmos. O mercantilismo, sistema econômico que se estende do século XV ao XVII, que representou a transição do feudalismo para o capitalismo, acentuou ainda mais a perda das referências coletivas, dinâmica que perdura na contemporaneidade. Essas questões combinadas conduzem à sensação de desamparo que assola grande parte da população atual. Diante disso, podemos considerar como uma das possíveis contribuições da Psicologia a desconstrução do entendimento de que o homem é livre e da supremacia da dita subjetividade privatizada.

Através do mercantilismo, as pessoas iniciaram a trocar utensílios, o que era produzido para sua subsistência poderia ser trocado por outras coisas. Aos poucos os cidadãos começaram a analisar aquilo em que eram melhores e focaram em especializar-se nisso. Essas mudanças proporcionadas pelo capitalismo, sistema econômico e social presente na atualidade, leva esse homem que antes era um ser altamente comunitário e com menor pensamento crítico a um processo de individualização. Nesses pequenos detalhes nasciam os primeiros traços da subjetividade privatizada; essa que seria melhor desenvolvida entre os séculos XVIII e XIX com a ascensão da ideologia Liberal Iluminista e do Romantismo. Esses eventos potencializaram a valorização do “*eu*”, que foi representado em várias manifestações artísticas (como na literatura onde foram produzidos muitos textos que apresentavam o *eu lírico*, a manifestação mais íntima dos personagens).

Antunes (2012) além de ressaltar a forte influência que a produção vinda do exterior teve na constituição da Psicologia brasileira, pontua como que inicialmente os saberes psicológicos se deram primeiramente no seio de disciplinas como a Educação e Medicina quando cita, por exemplo, nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, ambas criadas em 1832, a grande incidência da defesa de teses para conclusão do curso que discutiam temas de aspectos psicológicos. Outra questão colocada em pauta é sobre as más condições de saneamento básico que conseqüentemente afetavam a saúde da população geral e mais gravemente as camadas mais pobres. Devido à existência de pessoas em situação de

rua, os considerados loucos, as profissionais do sexo, somados ao clima quente característico das regiões tropicais, os médicos em uma visão preconceituosa se preocupavam com as sujeiras concretas e morais que assolavam as cidades e deveriam ser exterminadas. Diante disso, a Medicina Social emergiu como tentativa de normalização social à medida que desejava combater as imundícies mundanas para obter a harmonia. Esses empreendimentos higienistas eram defensores de elementos como a criação de hospícios, depositários daqueles que tinham doenças mentais e demais características desviantes que pudessem atentar contra a ordem da sociedade. Receberam, então, suporte por parte da Psicologia e futuramente foram combatidos na luta empregada por ela junto às outras disciplinas e movimentos sociais durante a Reforma Psiquiátrica.

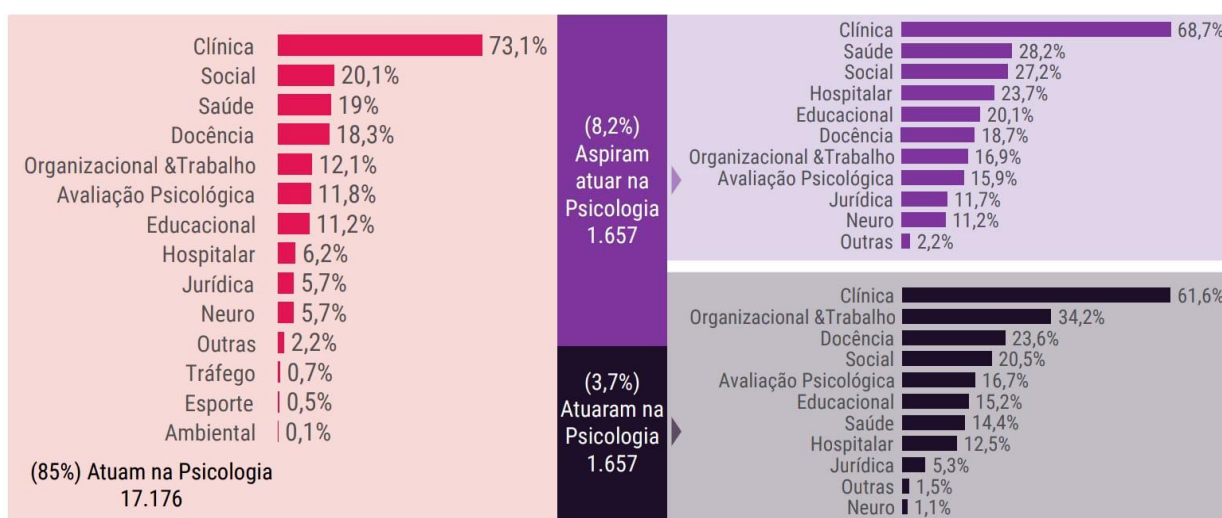
No campo da educação foi bastante comum o desenvolvimento de instrumentos de avaliação das habilidades acadêmicas, ao passo que na psiquiatria houve uma maior ênfase em questões de patologização. Devido ao aumento da industrialização do país no século XIX, pudemos observar um movimento da Psicologia enquanto produtora de instrumentos para seleção e controle no ambiente de trabalho. Sob o preceito de encontrar as pessoas certas para os cargos certos, mecanismo de recrutamento e seleção começaram a ser implementados em um movimento que reforça a tão problemática divisão do trabalho que aliena os indivíduos na medida que o sujeito perde a noção do todo que representa o produto final de seu trabalho. Mais uma vez, a psicologia seguiu fortalecendo os mecanismos de enquadramento social antes já tão presentes nas diferentes esferas da vida (ANTUNES, 2012).

Já exposto inicialmente alguns elementos do campo das ideias psicológicas, convém continuar a nos aprofundar na psicologia concebida enquanto ciência e profissão, de modo que não podemos deixar de mencionar a criação dos laboratórios de psicologia experimental, dos quais Wundt em 1879 na Alemanha, trouxe o marco que inaugura a independência desta. O breve levantamento histórico assinalado até aqui é importante pois falar da consolidação da Psicologia enquanto ciência autônoma requer pontuar as condições objetivas de seu estabelecimento, determinar as demandas que foram solicitadas dela pela sociedade e refletir sobre a subordinação da ciência ao capital que atravessa todo esse processo (YAMAMOTO, 1987).

Em termos de atuação profissional, predominam entre os psicólogos o trabalho na área clínica de forma autônoma, bem como trabalhos na iniciativa privada. Tendo por referência dados coletados por Mello em 1975 no estado de São Paulo com uma amostra de 158 pessoas, os psicólogos a princípio se agrupavam em quatro categorias principais, cujo em ordem decrescente aparece: clínica, abrangendo 56,9%; ensino com 25,3%; industrial com 11,3% e

escolar com 6,3% (MELLO, 1980, p. 20, apud YAMAMOTO, 1987, p. 35). Em contrapartida, segundo um levantamento bem atualizado e abrangente a nível nacional, realizado pelo Censo do CFP (Conselho Federal de Psicologia) com mais de 20 mil profissionais que foram ouvidos entre os anos de 2021 e 2022, temos os seguintes dados:

**Figura 1:** Áreas de atuação dos (as) psicólogos (as) brasileiros/as nas três condições de inserção profissional



Fonte: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2022 .

Analisando ambos indicadores, é nítido o quanto o leque de atuação da categoria cresceu, contudo, desde os profissionais que já estão inseridos na área seja aqueles que aspiram adentrar ou já estiveram atuantes na profissão, a clínica ainda prevalece. Em relação ao gênero, raça e orientação sexual dos psicólogos, de acordo com o mesmo estudo, a psicologia continua sendo uma profissão exercida principalmente por mulheres, representando 79,2%, ao passo que os homens correspondem a 20,1%, pessoas heterossexuais, cujo porcentagem abrange 83,8%, e em maioria brancas, dado que correspondem ao total de 63,9% em contraste a 0,3% indígena, 26,1% parda e 8,5% preta (CFP, 2022, p. 48-50). Destacamos estes indicadores visto que estamos falando de uma profissão que ocupa um lugar de poder social, portanto, é válido conhecer o perfil de quem segue a frente desta, de modo que ressaltamos a importância de que cada vez mais pessoas das minorias como negros, indígenas, e travestis, ocupem esses espaços e produzam conhecimentos diretamente destes grupos historicamente oprimidos.

Conforme nos alertava Martín-Baró (1996), além de analisarmos o que a Psicologia já foi, é imprescindível refletir o que ela poderia ter sido e o que ela ainda pode ser, movimento que inclusive faz parte da ciência visto que o que se espera é que esta venha sempre a se

superar. Embora a história não seja linear, muito pelo contrário, em muitos instantes eclode o retrocesso, de modo que podemos citar, por exemplo, o movimento empregado por psicólogos conservadores sobre a tentativa de regulamentação das ditas terapias de conversão da comunidade LGBTQIAP+ que foram expressamente proibidas pela resolução nº 001/99 redigida pelo CFP, visto que vão totalmente contra os princípios da categoria. Convém também destacar ainda de acordo com o autor que de modo geral todas as disciplinas e profissões estão a serviço da ordem, visto que os mais bem favorecidos têm melhores condições de acesso a todos os setores desde a educação, saúde, meios materiais, lazer, etc, portanto, embora não seja um movimento exclusivo da psicologia estar mais próximo deste público, cabe a ela questionar essa realidade lutando para produzir mudanças.

Nessa perspectiva, apresentar uma definição única ou precisa do que é Psicologia e sua função social é uma tarefa árdua, senão impossível dado a multiplicidade intrínseca ao seu próprio objeto de estudo, seu movimento histórico e a diversidade de teorias que se prestam à essa investigação considerando os mais diferentes enfoques. Frente a estas dificuldades, podemos começar a caracterizá-la tanto como uma ciência, visto que produz conhecimentos a partir de um conjunto de técnicas e métodos sistemáticos que podem ser reproduzidos, quanto uma profissão regulamentada em 1962 (BOCK, 2008). Historicamente ela apresenta dois movimentos principais, sendo que o primeiro se refere à Psicologia enquanto ferramenta de controle e adaptação humanos, portanto, a serviço do Regime Disciplinar, o qual podemos considerar a escola, o estado, os hospitais, e as instituições em menor ou maior grau, e o segundo, contrariamente, que opera a favor da emancipação, isto é, contra às tentativas de padronização social (FIGUEIREDO, 1997).

Diante desse cenário, em linhas gerais a psicologia enquanto ciência e profissão pode ser entendida como um campo que se propõe a estudar a subjetividade humana pelos mais distintos ângulos, seja o comportamento, o inconsciente, a totalidade, os papéis assumidos em sociedade, etc. Vale ressaltar também que a mesma dialoga com outras disciplinas, como a história, a filosofia, a medicina, as ciências sociais, a antropologia, entre outras, o que em parte dificultou o delineamento em linhas claras de qual seria de fato o seu objeto de estudo. Ela é regida pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia) e possui além do seu arcabouço técnico e científico, um conjunto de postulações éticas que norteiam o fazer do psicólogo. Destes, destacamos o compromisso com os direitos humanos, a criticidade, a consciência histórica, econômica e social, bem como a luta contra quaisquer formas de opressão que infelizmente por muito tempo recebeu cooperação (CFP, 2014).

Frente ao exposto, notamos que embora a Psicologia tenha dado armas ao Regime Disciplinar (ao contribuir com a elaboração de práticas científicas de controle individual e social, observadas em ambientes como indústrias, escolas e hospitais), ela contribuiu para a desmitificação da ideia de liberdade que os indivíduos tinham sobre si mesmos e juntamente com outras ciências confrontou inúmeras ideologias. Nesse sentido, ressaltamos a importância desta continuar a trabalhar na produção mais próxima da realidade brasileira, promover a conscientização das estruturas de poder que atravessam as relações humanas, em especial, numa sociedade de classes e seguir se aprofundando naquilo que Yamamoto (1987) nomeou alternativas para a Psicologia com o fim de uma atuação mais abrangente e acessível à ampla parcela da população que pode se beneficiar deste serviço. Desse modo, sempre devemos nos questionar: por que a psicologia? Para quê e para quem?

## **1.2 Psicanálise e a revolução do inconsciente**

A psicanálise nasceu a partir do engajamento de Sigmund Freud (1856-1939) nos fenômenos conhecidos como histeria, um comprometimento que afetava as mulheres corporalmente mas não apresentava nenhum vestígio de causa orgânica. Desta forma, a medicina da época focada principalmente no corpo físico não conseguia entender a complexidade dessa condição que posteriormente começou a ser investigada e tratada pelo método catártico/hipnótico praticado por Jean Charcot (1825-1893) e Joseph Breuer (1842-1925). Entretanto, essa modalidade consistia na eliminação da resistência em seu processo, fator que oculta um aspecto fundamental na gênese dos sintomas psicossomáticos (FREUD, 1996). É neste cenário que Freud cria a psicanálise, de modo que tendo dificuldade técnica em hipnotizar as pacientes, logo, deixando de aplicá-la, acabou por descobrir a resistência, e por trás dela a repressão, componentes essenciais para o entendimento da teoria.

Tais avanços de entendimento se deram a partir da observação e aplicação prática que impulsionaram duas formulações principais: a primeira tópica, onde se concebeu a estruturação do aparelho psíquico em inconsciente, pré-consciente e consciente, e a segunda tópica, que já trazia os conceitos de id, ego e superego ou *isso, eu e supereu*. Entende-se o conceito de inconsciente como um termo psicológico para se referir a uma instância psíquica que rege o nosso funcionamento mental, ou seja, é uma elaboração teórica e não se relaciona à uma região anatômica específica. Assim, segundo a vertente psicanalítica, o inconsciente, seu objeto de estudo central, é considerado como o principal responsável pelo direcionamento que as pessoas dão às suas vidas, revelando que diferente do que comumente se pensava não há somente fenômenos conscientes, de modo que esses em sua maioria se encontram

subordinados aos efeitos provocados pelo inconsciente que possui conteúdos, energia, racionalidade e mecanismos de funcionamento próprios.

O nosso cotidiano é repleto de manifestações inconscientes, como os atos falhos, os chistes, os sonhos, e até mesmo alguns sintomas (reações corporais), como ao sentir um perfume específico se lembrar imediatamente de alguém, ou ficar vermelho ao cometer algum equívoco, como ao responder a um aceno que não foi direcionado a você. Diante disso, a metáfora do *iceberg* criada por Freud é de grande valia para se ilustrar a lógica dessa instância psíquica. Segundo ela, o inconsciente corresponde à enorme parte do gelo que se encontra completamente submersa no mar, a qual não conseguimos enxergar, estando assim incapaz de ser acessada de modo direto ou imediato, sendo então equivalente aos nossos conteúdos recalçados.

Portanto, afirmar que o inconsciente corresponde à Primeira Tópica do Aparelho Psíquico, significa que ele e o pré-consciente constituem as instâncias descritas nessa primeira teoria da organização psíquica formulada por Freud. De acordo com ela, o consciente é um mero efeito superficial do inconsciente, que a partir da metáfora citada acima representaria a ponta do *iceberg*. Já o pré-consciente seria o conteúdo que pode emergir (se tornar consciente) a partir de um estímulo (assim, seria a água que cobre e revela diferentes parte do gelo alternadamente, como por exemplo, ao sermos perguntados qual o nome da primeira escola em que estudamos resgatarmos na memória a lembrança dela. Nesse sentido, o inconsciente (a parte submersa do iceberg) apresentaria duas fontes de formação, sendo elas o recalque (individual) e a nossa herança filogenética, a linguagem, construção social responsável pela possibilidade de humanização do homem.

Compreender o inconsciente de acordo com uma perspectiva dinâmica consiste em entender que consciente e inconsciente estão em um conflito constante devido aos efeitos provocados pelo recalque, que se dá justamente devido a característica intrapsíquica pautada nessa dinâmica, determinando a forma do sujeito se relacionar com o mundo, que é por essência carregada de tensão contínua. Assim, o sentido dinâmico diz respeito à gestão deste conflito, que possui um recalque primário, prendendo e fixando as representações do recalcado no território inconsciente, e um recalque secundário que literalmente faz retroceder no sistema inconsciente os produtos/efeitos pré-conscientes do recalcado.

No que compete à segunda tópica, entende-se o id como a estrutura mais primitiva do aparelho psíquico, sendo então carregada de impulsos pulsionais que exigem satisfação imediata, enquanto o ego seria uma construção mais tardia que surge a partir da relação do sujeito com o outro. Por último, o superego, é a região derivada da convivência do humano

em sociedade, que se constitui a partir das leis e costumes impostos pela cultura. Essa, devido ao seu excesso de moralidade acaba por operar em prol do adoecimento psíquico do sujeito, visto que é preciso sim a eleição de certos interditos para que o homem se humanize e regule a sua barbárie, contudo, o excesso de moralidade é ceifador da saúde mental (FREUD, 2011).

O método psicanalítico consiste na confiança do poder da palavra, forma de acesso ao inconsciente. Através das regras fundamentais, a saber, a associação livre e a atenção flutuante, o analista convoca o sujeito a falar daquilo que só ele sabe mas não tem ideia de que sabe. Devido o recalque, essa espécie de esquecimento inconsciente que produz efeitos e é causado pela repressão excessiva, o indivíduo se aliena daquilo de mais íntimo que lhe constitui. Desse modo, Freud expande o conceito de sexualidade, que não vai dizer do ato de coito em si, mas de uma série de pulsões que constituem o nosso ser desde o nascimento, logo, diretamente ligada às manifestações inconscientes. Portanto, a tarefa a qual a psicanálise se propõe é auxiliar o sujeito a reconhecer os conteúdos recalcados e inconscientes que o atravessa por meio da identificação das resistências que operam atrás deles. Desse modo, o indivíduo será capaz de diminuir sua alienação e aproximar-se do seu desejo mais genuíno. Sendo assim, vê-se a tamanha importância das regras fundamentais para que a pessoa consiga falar livremente sem a influência de qualquer sugestão (FREUD, 2021).

Nessa perspectiva, de forma resumida, de acordo com Mezan (1996), podemos considerar como psicanálise, práticas que partem da metapsicologia freudiana, da qual fazem parte os primeiros escritos de Freud que trazem conceitos básicos, logo, são fundamentais em sua teoria, como por exemplo, “*A interpretação dos sonhos*” (1900) e “*As pulsões e seus destinos*” (1915); e a atuação clínica propriamente dita, que vai dizer das intervenções que são implementadas tendo por base as noções da primeira. Desta forma, através da articulação entre ambas, é possível construir um instrumento teórico que auxilia na compreensão de processos psíquicos que nos ajudam a entender o sujeito que se encontra diante de nós.

**Figura 2:** Esquema simplificado do método psicanalítico



Fonte: Anotações pessoais da disciplina de Psicanálise I (2020) e Mezan (1996).

É evidente que para Freud, o fundador da clínica dos neuróticos, a escuta é o caminho para se chegar ao recalçado, isto é, o tornar consciente para que o sujeito faça a elaboração deste, visto que em excesso isso causa intenso sofrimento. Contudo, é importante ressaltar que o analista é apenas um mediador nesse processo de reconhecimento, pois quem verdadeiramente sabe sobre o sentido de seu sintoma é o analisante, saber já reivindicado pelas históricas no início da psicanálise. Sendo assim, na análise o psicanalista deve se portar como um amador e não assumir uma posição de saber absoluto, prezando por acompanhar o indivíduo no percurso de desvelamento contínuo sem fazer sugestões, isto é, não colocar palavras para além das trazidas no discurso do paciente (LEITE, 2006). Diante disso, o norteador do analista deve ser sempre o desejo de análise, lugar que através da formação contínua, do estudo da teoria, da análise pessoal e da supervisão ele vai aprendendo a ocupar.

Em contraste a essa concepção e método de atuação, podemos citar, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSad), uma unidade de saúde de atenção secundária que compõe a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), a qual integra o SUS (Sistema Único de Saúde). Segundo Romanini e Roso (2012), esse dispositivo se ancora em pelo menos três discursos: o psicológico, o social e o médico, de modo que consideram a toxicomania como um problema de saúde pública, pois embora também atuem pela perspectiva da redução de danos, partem do modelo biomédico-curativo que visa o distanciamento total dos intoxicantes. Contrariamente, na perspectiva da psicanálise a droga é vista como parte da subjetividade do sujeito, logo, não há preocupação com a sua retirada ou não, dado que o seu uso é visto como uma das saídas que o indivíduo encontra para lidar com o sofrimento. Portanto, ainda conforme Romanini e Roso (2012), a verdadeira ameaça é qualquer investimento libidinal em somente um único objeto, pois

O que pode fazer da droga um tóxico é o lugar que ela (a droga) assume na relação com o Outro. O que marca, então, a toxicomania é a tentativa de constituição de uma relação dual com a droga, eliminando qualquer terceiro da mesma (p. 353).

Então, constantemente a psicanálise exercida no contexto psicossocial se depara com concepções diferentes da sua proposta, as quais colocam certos limites à abordagem, visto que trazem especificidades que se chocam com princípios que não condizem com o seu rigor teórico, como a orientação da não sugestão, ou seja, de não induzir que se sabe o que é melhor para cada sujeito. Além disso, no CAPSad como em demais vertentes de atendimento público, é frequente a prioridade do atendimento em grupo, fator que difere do *setting* terapêutico tradicional, seja da psicanálise ou da própria psicologia, o que de acordo com Sigal (1989,

*apud* ROMANINI; ROSO, 2012), evidencia certas dificuldades do manejo psicanalítico. Desta forma, esse tema revela a existência de certas questões específicas sob as quais nos propomos a explorar ao decorrer deste trabalho, de modo que indagamos: sendo a clínica em Psicanálise soberana, visto que esse alicerce de origem é onde se predomina a maior parte da literatura e atuação, quais as contribuições no âmbito psicossocial que a teoria pode proporcionar? Como os (as) psicólogos (as) imersos em contextos psicossociais como o CAPS, os hospitais e as UPA's agem ao adotar uma postura psicanalítica durante o trabalho nesse cenário? Quais são as possibilidades e limites desse manejo?

É de extrema importância destacar a seriedade em dominar a técnica psicanalítica que não pode ser aprendida somente por meio de livros, é preciso empenho, e a experiência pessoal no tratamento. Portanto, o tripé de formação é fundamental, o qual consiste em estudo da teoria, análise pessoal e supervisão. Caso alguém que se julgue um praticante da técnica analítica mas faça aquilo que podemos chamar de “análise selvagem”, pode acabar trazendo mais prejuízos para o sujeito e piorando o estado do paciente (Freud 1910/2021). Ainda sobre esta pauta, frisa-se também que o tratamento psicanalítico não pode ser iniciado sem o real comprometimento e desejo do paciente, ou seja, não pode ser imposta a este por terceiros.

Além disso, é sabido que existem algumas indicações e contraindicações, de modo que a princípio antes de se começar o tratamento geralmente é feita uma entrevista com os possíveis pacientes, portanto, levantamos a questão: a psicanálise é para todos? E a psicologia? Lembremos também que em muitas doenças as medicações químicas não surtem efeito, ao passo que através do tratamento anímico surgem consideráveis melhoras quando não cura completa. Freud, o criador da psicanálise, era médico e pesquisador, portanto, tinha sólida credibilidade em saber reconhecer os limites da prática médica de sua época, tanto é que foi além dela. Outro apontamento que se faz relevante é sobre a questão da cura, fator que diferente da psicologia, na psicanálise não é o seu objetivo final, embora possa sim levar a este resultado. Assim sendo, psicologia e psicanálise se aproximam no que compete ao tratamento a partir de meios psíquicos, todavia, se distanciam em relação às perspectivas de cuidado e cura.

### **1.3 Psicanálise e formação do psicólogo**

Partindo de uma pergunta feita pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo durante uma entrevista ao psicanalista Renato Mezan (1996) sobre psicanálise e psicoterapias, inicialmente, desejamos discutir como caracterizar a relação entre psicologia e psicanálise a fim de debater como a última frequentemente se faz presente ou pode se manifestar na

formação deste profissional. Mezan (1996) pontua como a profissão de psicologia responde a uma reserva de mercado, problematizando em seguida que “na área do conhecimento reserva de mercado equivale a obscurantismo” (p. 95), portanto, se considerássemos que as atividades de psicanálise fizessem parte deste grupo ela deveria ser regulamentada e responder ao CFP, logo, ao considerarmos ambas distintas, perspectiva adotada ao longo deste trabalho, já temos aí uma diferença fundamental. O autor relata que inicialmente o próprio Freud considerou a psicanálise uma psicoterapia, contudo, sob o adendo de que em seu tempo psicoterapia tinha um significado muito diferente do que atribuímos hoje.

A princípio, era considerada psicoterapia todo método de tratamento das doenças nervosas, ou seja, padecimentos que não tinham como origem causas orgânicas, portanto, não respondiam a nenhuma intervenção física diretamente no corpo, como os banhos medicinais ou a eletroterapia. Ainda conforme Mezan (1996), em sua opinião, a psicanálise era a única psicoterapia existente na época tendo em vista que diferente da hipnose, funciona a longo prazo, ou seja, realmente leva à mudança do estado do paciente de modo não apenas momentâneo. Lembremos também que terapia é diferente de psicoterapia, visto que a última na contemporaneidade é diretamente associada às práticas exercidas exclusivamente por psicólogos.

Apesar de serem distintas, sabemos que existe inclusive psicoterapias de base psicanalítica, o que mais um vez reforça que ambas as áreas podem sim dialogar entre si, de modo que muitos autores chegam a considerá-las tão parecidas que nem conseguem distingui-las, em contrapartida, outros a veem como propostas de pólos totalmente diferentes, conforme afirmam Silva, Gasparetto e Campezzato (2015). Já Mezan (1996), ancorado nas considerações feitas por Marie-Claire Fusco, afirma o seguinte: “não vejo oposição entre psicanálise e psicoterapia, neste sentido preciso de psicoterapia analítica, para a qual o termo de *modulação* da psicanálise clássica proposto por esta autora me parece muito adequado.” (MEZAN, 1996, p. 107, grifo do autor). Sendo assim, para ele, o que caracteriza uma psicoterapia analítica é o entendimento a partir dessa linha teórica, mas com aplicação de *setting* adaptadas à estrutura do sujeito que busca tratamento.

Nessa linha de raciocínio, acreditamos ser útil fazer algumas aproximações e distanciamentos entre psicologia e psicanálise a partir da exposição de algumas semelhanças e diferenças que podem ser esboçadas entre elas. Ambas de alguma maneira abordam questões extremamente íntimas dos seres humanos e compartilham o psíquico enquanto ponto de partida comum, tendo em vista que em nenhum dos dois casos se atua diretamente com mecanismos corporais. Além disso, a escuta e a fala são essenciais para o desenvolvimento

destes trabalhos, fatores que não são nada simples embora fundamentais. Outra semelhança interessante é o fato da atenção clínica predominar seja em um ou outro caso; quanto a isso, vale frisar que a clínica não se define somente a partir do local que se atende, mas do conjunto de técnicas que são empregadas durante o trabalho do profissional.

É preciso ainda que tanto psicanálise quanto psicologia saibam reconhecer suas limitações; nesse sentido, no que compete à psicologia, não acreditamos na ilusória crença muito frequente de que todos deveriam experienciá-la como se ela por si só fosse capaz de suprir todas as demandas de sofrimento e de suporte para transformação pessoal. Para se adentrar em um tratamento psicoterápico, o indivíduo precisa estar implicado com tal, disposto a enfrentar o processo de árduo trabalho psíquico. De modo semelhante, no tratamento analítico, se isso não ocorrer, poderão surgir fortes resistências e grandes dificuldades de se estabelecer transferência. Desta forma, as psicoterapias, ou mesmo a psicanálise não teriam muito com o que contribuir, portanto, por mais bem intencionadas que estejam, acabariam causando mais mal do que bem caso suas indicações não sejam avaliadas com cuidado.

Sabe-se que a psicanálise possui um histórico elitista, pois assim como a psicologia as camadas dominantes sempre tiveram mais acesso a ela. Contudo, não acreditamos que psicanálise e psicologia por si só sejam elitistas, mas sim o uso que frequentemente fazem delas pode assim se configurar, de modo que majoritariamente, só tem acesso a ambas uma pequena parte privilegiada da população; isso diz desde as estruturas e desigualdades sociais, à área em que cada qual estão imersas que é em maioria a clínica, e traz indícios da postura adotada por parcela considerável daqueles que se dizem psicólogos e/ou psicanalistas. Nesse sentido, quem esteja verdadeiramente imerso e engajado na luta pela libertação das classes oprimidas, dos direitos humanos, do antirracismo, contra as violências de gênero e públicos vulneráveis, o proletariado, etc., não há porque adotar uma postura e prática elitista. Se assim o é, deve-se ao posicionamento que assumiu, e não à teoria e saber de que se serve somente, pois estas, apesar de historicamente se fazerem mais presentes na vida dos mais bem favorecidos socialmente, elas em si não dizem somente disto, o potencial que possuem possibilitam sem sombra de dúvidas que tenham um alcance das massas de forma muito mais abrangente do que parte de suas histórias constantemente contam.

Quanto às principais distinções, temos o fato de que você não precisa possuir uma graduação específica para ser psicanalista, visto que ela não é uma profissão regulamentada (e não pretende ser); e que apesar de caracterizar-se sim como uma ciência, ela também não se auto intitula como tal. Além disso, há a primazia pelo princípio da não sugestão existente em

um dos seus principais fundamentos (que nas psicoterapias, contrariamente, geralmente está ou pode estar presente), a prioridade que é dada por esta ao inconsciente; ou seja, há o manejo da palavra de formas diferentes, e a psicanálise não possui um código de ética escrito como o profissional de psicologia, embora tenha sim uma ética. Quanto a este último elemento, destaca-se que a existência de um documento não garante por si só uma prática ética.

Diante o debate empreendido até aqui, consideramos que a psicanálise está presente na formação do psicólogo à medida que oferece um arcabouço teórico e técnico consistente no que se refere ao cuidado psíquico de forma inovadora, visto que trouxe o inconsciente para o centro das discussões. Além disso, postula princípios fundamentais que em muito podem auxiliar o trabalho do psicólogo, como o fato de que só o sujeito sabe do seu sintoma, ele é o dono de seu saber. Somado a isso, também escancara o quanto a civilização que se diz tão evoluída causa sofrimento em massa, oprime aqueles que diferem do que está socialmente estabelecido. Também foi revolucionária ao acolher a dor das históricas que eram vistas como farsantes, postura que com certeza deve fazer parte das competências de todos aqueles que se dizem preocupados com o (mal) bem-estar humano.

Assim, não é de se estranhar que a psicanálise esteja presente em grande parte dos projetos político pedagógicos dos cursos de Psicologia nacionais e seja constantemente escolhida como teoria de base ou no mínimo norteadora para a atuação desses futuros profissionais, o que é fundamental, dado que é muito difícil para o psicólogo proceder sem ter uma teoria para interpretar a realidade que o circunda. No último censo realizado pelo CFP, Freud ficou em primeiro lugar no posto de autor de referência com 28% de prevalência, seguido por Aaron Beck com 14%, Lacan com 11%, Carl Rogers com 9% e Skinner com 8%, sendo estes então os 5 primeiros colocados (fator interessante, visto que apesar da psicologia ser uma profissão exercida majoritariamente por mulheres, os nomes de maior destaque são homens, questão que diz muito das relações de poder). Já a psicanálise obteve 37% de representatividade em nível nacional considerando as regiões do país, seguida pela comportamental com 25%, a fenomenológica/humanista com 24%, a cognitivista com 23% e a sócio-histórica com 16%, completando desta forma as 5 principais. No que compete à uma análise mais isolada, percebe-se que a psicanálise costuma ser mais empregada na região sudeste e sul do país, de modo que apresentam 42% e 38% de dominância respectivamente. Em contrapartida, é menos utilizada na região norte e nordeste, ambas com 30%, porcentagem próxima ao averiguado no centro-oeste que possui 31%, informações que podem ser averiguadas pelas tabelas abaixo disponibilizadas pela referida pesquisa cujo amostra abrangeu mais de 20 mil profissionais (CFP, 2022).

**Tabela 1:** Abordagens de acordo com as regiões do país

	Br	N	NE	SE	S	CO
<b>Psicanalítica</b>	37%	30%	30%	42%	38%	31%
<b>Comportamental</b>	25%	36%	25%	24%	26%	26%
<b>Fenomenológica/ Humanista</b>	24%	24%	29%	22%	18%	25%
<b>Existencialista</b>	8%	7%	8%	9%	6%	7%
<b>Cognitivista</b>	23%	27%	25%	20%	23%	22%
<b>Sócio-histórica</b>	16%	16%	15%	15%	18%	19%
<b>Outras</b>	4%	3%	2%	3%	8%	4%
<b>Total</b>	100%	6%	24%	44%	16%	9%

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2022.

**Tabela 2:** Autores de referência

<b>Tabela 2 – Autores de referência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Freud	3745	28%
Aaron Beck	1941	14%
Lacan	1546	11%
Carl Rogers	1170	9%
Skinner	1097	8%
Jung	1019	8%
Winnicott	953	7%
Judith Beck	821	6%
Friedrich Pearls	772	6%
Vygotsky	733	5%
Melanie Klein	354	3%
Martin Heidegger	319	2%
Foucault	317	2%
Jeffrey Young	310	2%
Viktor Frankl	284	2%
Jacob Moreno	260	2%
Steven Hayes	233	2%
Silvia Lane	226	2%
Robert Leahy	225	2%
Jorge Ponciano Ribeiro	212	2%
Sartre	205	2%

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2022.

Cada profissional age conforme aquilo que vê, e cada abordagem prepara o terapeuta para dar mais atenção para esse ou aquele aspecto, logo, ignorar ou deixar em segundo plano outros (MEZAN, 1996). Tanto psicólogos quanto analistas têm a responsabilidade de se atentar aos sintomas de cada pessoa, sociedade e época para poder intervir em prol de quem os procura em sofrimento, bem como oferecer os seus serviços quando constatada necessidade. Logo, sabemos que a psicanálise não é a melhor nem única abordagem pela qual cada indivíduo pode se orientar, esta inclusive também apresenta diferenciações dentro de seu próprio seio, se considerarmos autores como Lacan, Winnicott, Melanie-Klein, por exemplo. Sendo assim, muitas outras perspectivas também se fazem presente na formação dos psicólogos como formas de compreender a realidade que vão desde a análise do comportamento, gestalt, psicodrama, psicologia analítica, histórico-cultural, entre outras, incluindo autores de renome que não podem deixar de serem citados como Moreno, Todorov, Martín-Baró e Neusa Santos Souza (CFP, 2022).

## CAPÍTULO II

### PSICANÁLISE E LAÇO SOCIAL

#### 2.1 Aspectos históricos: as clínicas públicas psicanalíticas

Há um apagamento das raízes históricas da psicanálise enquanto saber construído de maneira marginal que é feito de forma proposital, o qual responde a interesses específicos dos que tentam higienizá-la. A psicanálise nasceu como um conhecimento questionado, Freud não era bem aceito na academia por ser judeu, chegou a desejar cursar Direito e almejou uma carreira política, entretanto, isso não estava reservado para pessoas como ele; a Medicina, sua escolha, na época não era um curso de elite como se configura hoje devido as grandes pestes (DANTO, 2019). Freud e Anna Freud morreram pobres; no período da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) o autor foi para a Inglaterra como imigrante e viveu como refugiado para sobreviver aos nazistas. Essa fuga se deu por intermédio de Marie Bonaparte, uma princesa que além de analisanda de Freud, tinha grande interesse na psicanálise (tanto, que se tornou psicanalista e fez várias investigações acerca da sexualidade feminina), logo, acabaram se tornando amigos, e ela utilizou a sua fortuna para levar a família à Londres em segurança (GORDON, 2009).

Portanto, iniciaremos este capítulo com uma revisitação histórica que frequentemente é omitida ou deixada de escanteio por grande parte dos meios de transmissão da psicanálise, inclusive, dentro da própria universidade. Logo, retomamos ao Quinto Congresso Psicanalítico Internacional que foi realizado em Budapeste em 1918 poucos meses antes do término da Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Esse marco é importante pois a partir do discurso de Sigmund Freud, foi fomentado um maior espírito de compromisso social ético-político da psicanálise frente às novas implicações que o contexto atual trazia. Em seu discurso Freud colocou que

É possível prever que a consciência da sociedade irá despertar, e fará com que se lembre de que o pobre deve ter tanto direito à assistência para sua mente quanto dispõe agora do auxílio oferecido pela cirurgia a fim de salvar a sua vida; de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, e tampouco podem ser deixadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade. Então, serão criadas instituições e clínicas ambulatoriais, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que sucumbiriam sob o peso de suas privações, crianças para as quais não há escolha, a não ser se converterem em selvagens ou em neuróticos, possam se tornar capazes, por meio da análise, de resistência e trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres (FREUD, 1918, p. 167 apud DANTO, 2019, p. 9).

No trecho acima, percebe-se que Freud reformulou o que havia dito anteriormente em seu texto com orientações sobre o início do tratamento psicanalítico, quando afirmou que o fato do analista cobrar um preço muito barato não faria com que o tratamento fosse mais bem visto, complementando em seguida que o pouco acesso dos pobres a um processo analítico era algo que não tinha muito o que se fazer tendo em vista o caráter geralmente longo e de várias sessões que o mesmo consistia devido à sua profundidade (FREUD, 1913/2021). Em parte, essa mudança de perspectiva deve-se às dificuldades que ele próprio e a família passaram durante a Primeira Guerra Mundial, vivência que o fez expandir sua visão frente à nova realidade. Seu discurso, assinalava o compromisso com o bem-estar social, além de se mostrar consciente de que não poderiam aguardar o Estado tomar iniciativa, embora defendesse inclusive que este deveria arcar com as despesas do tratamento analítico quando a população não conseguisse fazê-lo. As colocações feitas neste evento alcançaram dimensões gratificantes, que são melhores discutidas abaixo.

A primeira e a segunda geração de psicanalistas que marcou os anos compreendidos entre 1918 a 1938 possui um histórico de ativismo político progressista que constantemente também é ocultado do público. Seus representantes incluem nomes de peso como Erik Ericson, Sandor Ferenczi, Melanie Klein, Anna Freud, Wilhelm Reich, Otto Fenichel e Max Eitingon. Este último inclusive foi o primeiro a abrir uma clínica psicanalítica com atendimento gratuito, a Policlínica de Berlim, criada em 1920. Em seguida, em 1922, Freud e seus colaboradores após um longo período na luta por conseguir licença para abrir um ambulatório de psicanálise conseguiram inaugurar o Ambulatório de psicanálise em Viena, onde além de atendimento à população de forma gratuita, havia também a formação de analistas sem a necessidade de pagamento (DANTO, 2019). Logo,

Entre 1918 e 1938, a psicanálise não era um tratamento inacessível aos trabalhadores, não estava rigidamente estruturada, nem se prolongava excessivamente. [...] Isso tornava a psicanálise acessível a estudantes, artistas, artesãos, operários, trabalhadores de fábricas, funcionários de escritório, desempregados, agricultores, empregados domésticos e professores de escolas públicas. [...] De 1920 a 1938, em dez cidades e sete países, a geração ativista de psicanalistas criou centros de tratamento gratuito (DANTO, 2019, p. XXX-XXI<sup>1</sup>, ).

---

<sup>1</sup>As páginas foram escritas em algarismos romanos no intuito de evitar confusões, pois é a forma que a autora utiliza na enumeração dos elementos introdutórios da obra “*As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social*” onde a referida citação se encontra. Posteriormente, Danto (2019) faz uma nova contagem utilizando os algarismos indo-arábicos. Portanto, o livro consta com algumas páginas iguais mas com a grafia em sistemas numéricos diferentes para distingui-las.

Havia uma nítida preocupação do grupo psicanalítico com questões relacionadas à saúde, educação e cultura, de modo que muitos psicanalistas também participaram da construção de políticas públicas na então “Viena-Vermelha”. Existia também um número considerável de filiados a partidos políticos engajados na luta por direitos e contra as opressões; entre os marxistas declarados destacamos Erich Fromm e Otto Fenichel; em relação aos socialistas temos Bruno Bettelheim e Grete Bibring; dentre os comunistas há Marie Langer e Wilhelm Reich; e por fim, listamos os sociais-democratas Eduard Hitschmann e Sigmund Freud. Vale frisar que até soldados da linha de frente sobreviventes da guerra também defenderam a psicanálise tendo em vista que seus representantes ofereceram suporte a estes (DANTO, 2019). Embora os ambulatórios de tratamento psicanalítico gratuitos no futuro tenham sido desmontados ou ocupados pelos nazistas, seus membros resistiram tanto quanto possível, de modo que entre 1923 a 1932 foram os anos mais gratificantes, em contraste com os períodos obscuros que vieram depois, marcados pela perseguição (lembramos que havia muitos judeus trabalhando nos ambulatórios de atendimento), arianização e repressão.

Ao longo de todo o texto “*Considerações sobre a guerra e a morte*”, de 1915, Freud já nos alertava que ao contrário do que superficialmente pode aparentar, civilização não corresponde a progresso, muito pelo contrário, ela carrega intrínseca em si própria a barbárie. Esperava-se que ela pudesse fomentar um espírito de integração entre todos os povos e culturas, entretanto, a história nos mostra que isso é algo improvável de acontecer, fator bem nítido se voltarmos nosso olhar para as evidências e relatos da eclosão das inúmeras guerras e conflitos armados que seguem vivos na atualidade. A própria constituição do caráter humano é algo instável, depende da relação com o outro e do desenvolvimento da cultura, ou seja, é um elemento impermanente. Sendo assim, a civilização necessita de dispositivos como as normas e as leis para favorecer a manutenção do que já foi construído até então. A consciência moral também se alia à covardia do sujeito, pois ele pode segui-la até certo ponto, mas não se implicar em seu desejo e na admissão da sua agressividade, de modo que não se responsabiliza por essa dimensão desejante, e é capaz de realizar as mais diversas atrocidades desde que não seja descoberto, ou que tenha a aprovação em massa para isso. Desta forma, onde quer que exista a presença humana, haverá tirania e mal-estar, as quais devem ser enfrentadas, pois apesar de recorrentes, jamais podem ser naturalizadas ou toleradas.

Posteriormente, em “*O mal-estar na civilização*”, de 1930, Freud ressalta que o pessimismo frente às possibilidades de felicidade ditas civilizadas é constante, os homens perceberam que a ciência, a tecnologia e o domínio do espaço e do tempo não os tornaram

mais felizes, ainda que isso tenha causado certa fração de felicidade. A tempos atrás o ser humano direcionou boa parte das realizações que hoje se constituem como mérito da ciência e frutos das representações culturais a um deus onisciente e onipotente. Hoje, ele próprio quase se tornou um deus. A espécie de “Deus de prótese” a qual Freud se refere revela que os avanços futuros provavelmente aumentarão cada vez mais a semelhança desse homem com Deus. Todavia, está claro que atualmente o homem não está feliz com esse papel, tão pouco mais sábio. A má distribuição de recursos para sobrevivência humana permanece, a fome de muitos representa o lucro bilionário de uma minoria privilegiada, sua agressividade continua a se fazer presente e a causar sofrimento, sobre os quais não podemos deixar de intervir.

As evidências colocadas até aqui nos levam ao questionamento de qual o compromisso os analistas contemporâneos têm, visto que em muitos institutos de formação analítica modernos são cobrados preços absurdos dos futuros analistas, que após se formarem cobram valores de seus analisandos igualmente elevados. Vivemos em um país marcado pelas desigualdades sociais, e embora a saúde pública tenha conquistado avanços incontestáveis a partir da criação do SUS (Sistema Único de Saúde), o acesso à saúde mental, fator que para nós é fundamental, ainda está longe de ofertar uma atenção ampla e consistente a todos os cidadãos tendo em vista a grande demanda existente. Somado a isso, há o fato de que a psicanálise não é uma mercadoria, seu compromisso primeiro é com o sofrimento humano, pois ela própria nasceu em virtude deste chamado. É preciso um fazer de forma crítica implicada com as questões sociais, fator que reflete na própria sobrevivência e utilidade da psicanálise, se essa um dia fechar os olhos para a realidade humana que a circunda, não há porquê continuar a existir.

## **2.2 Rede de Atenção Psicossocial e políticas públicas**

Após muitas lutas lideradas por movimentos sociais, em 1990 através da Lei nº 8.080 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado tendo por base os objetivos de promoção, proteção e recuperação em saúde. Diante disso, ancorado nos princípios como o de universalidade, gratuidade, integralidade e a descentralização, esse sistema apesar de todas as dificuldades enfrentadas no âmbito de sua implementação transformou o setor de saúde pública do país. Assim, em 1993 pela lei nº 8.689 ocorreu a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que era a política pública de saúde existente antes da criação do SUS, a qual limitava seu atendimento apenas aos trabalhadores que contribuía com a previdência social (BRASIL, 2002). Desta forma, políticas sociais públicas podem ser consideradas como

um conjunto de ações do Estado voltado à garantia de direitos sociais, enquanto um compromisso político com o público, cujo objetivo é o de atender demandas em diferentes áreas de intervenção social, como educação, saúde e assistência social. São ações oriundas dos Estados nos níveis federal, estadual e municipal, tendo em vista a garantia da justiça social e do bem-estar coletivo (MARINO, 2018, p. 14 apud GROTTI, 2023, p. 133).

Como desdobramento futuro, a partir do decreto 7.508/2011 houve a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que visava a descentralização da saúde brasileira, mas correndo o risco de na prática enrijecer este campo ao passo que os processos de referência e contrarreferência apresentam um nível burocrático que dificulta o encaminhamento dos casos, mas que no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por exemplo, se mostra menos evidente, visto que estes não se restringem aos princípios da hierarquização. Além de serem porta-aberta, atuam diretamente inclusive no matriciamento ou em parceria com as equipes do PSF (Programa da Saúde da Família) ou com instituições que saem da lógica clínica ou ambulatorial atravessando todos os níveis de atenção, seja ela primária, secundária ou terciária (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Contudo, a própria palavra “atenção”, que vem no início do nome desta unidade envolve um fator digno de problematização, visto que em contraste com o termo “apoio”, o primeiro pressupõe algo já pronto, logo, guarda uma herança do modelo hospitalocêntrico; já o segundo, indica a existência de uma rede que ampara o sujeito, não somente lida com fenômenos já previamente esperados cujo é preciso ficar alerta quando os mesmos emergirem. Portanto, a palavra “núcleo” seria mais adequada para pensar este contexto e seu território, pois pressupõe isso, um agrupamento de pessoas que se juntam em prol de um objetivo comum (CFP, 2011).

Na área da saúde, diferente do modelo biomédico predominante que tem raízes na tradição cartesiana a qual possui uma fundamentação mecanicista que separa corpo e mente, dando ênfase no corpo biológico, o modelo psicossocial considera o sujeito em sua dimensionalidade e concebe a saúde de forma ampla enquanto uma experiência subjetiva que engloba uma dinâmica constante. Logo, seria uma relação flexível de bem-estar que abrange tanto a dimensão física quanto a dimensão psicológica do indivíduo, bem como sua vivência com o meio natural e social. Portanto, o ser humano é considerado como um organismo, um elemento que constitui uma inter-relação dinâmica, a qual carrega consigo possibilidade de movimento e transformação (CAPRA, 1997 apud PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006).

De modo geral, as redes perpassam os equipamentos de saúde, e tem a possibilidade de se articular “de uma unidade básica para emergência, ou desta para um hospital; enfim, os

caminhos a serem percorridos são acionados sempre para cada caso, e pautados nas necessidades dos usuários e nos recursos disponíveis para o seu cuidado” (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p. 256). Desta forma, não pode existir uma área do conhecimento específica em que se pautem os atendimentos (que na realidade, frequentemente é delegada à medicina), tão pouco um somatório de ações onde o psicólogo cuida das questões subjetivas, o médico da saúde física e o assistente social faz orientações à família. É preciso sempre problematizar a centralidade do modelo biomédico a fim de não alimentar e prolongar este padrão. Nesta perspectiva, principalmente o trabalho do profissional na saúde mental deve ser o evocador da rede e não uma série de regulamentações que indicam um fluxograma pré-estabelecido. Ao se deparar com a demanda do sujeito, este deve mobilizar-se coletivamente para garantir o acesso do paciente aos serviços que se fazem necessários que ultrapassam inclusive a medicalização e hospitalização, de modo que podemos citar como alternativa a isso o atendimento domiciliar, por exemplo (CFP, 2011).

Outro aspecto fundamental é a participação social ativa do usuário nas evoluções e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial a fim de ajudar a construir um dispositivo que realmente atenda às suas questões. Desse modo, a eleição de membros dos Conselhos Municipais de Saúde que tenham em sua composição usuários do serviço é fundamental para ouvir de fato o que estes desejam e precisam. A partir desta participação, tem-se a oportunidade de verificar se está ocorrendo um trabalho coerente com suas demandas, bem como fazer com que estes sejam representados, “é preciso alcançar um nível de liberdade e locomoção entre os diversos espaços, de modo que o usuário consiga, de forma criativa, desenvolver vínculos e relações que poderão auxiliá-lo em seu crescimento e cuidado integral” (CFP, 2011, p. 24). Além disso, também é imprescindível a educação continuada dos profissionais, que devem sempre se manter atualizados, questão concernente ao princípio da integralidade, que prevê uma responsabilização pelo usuário a fim de ofertar um cuidado integral (CFP, 2011).

Frente ao exposto, fica evidente a importância da existência do Sistema Único de Saúde em um país como o Brasil, marcado pela gigante desigualdade social. Nesse sentido, apesar das dificuldades e déficits que ainda existiam nesse período (que se estendem à contemporaneidade), o SUS, assim como o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) possibilitou a expansão do acesso ao cuidado de inúmeros brasileiros, colaborando com a garantia do direito à saúde, em especial daqueles mais pobres. Deste modo, foi uma importante ferramenta de resistência ao processo de privatização que vinha ocorrendo nos anos anteriores, e segue sendo até hoje uma política de assistência de suma relevância, além

de referência internacional no que se refere ao campo da saúde. Nessa perspectiva, é sabido da necessidade de estarmos atentos aos projetos de desmonte do SUS, (atitude perversa que marcou o último governo liderado pelo ex-presidente de Jair Bolsonaro) para defender este tão precioso dispositivo de cuidado em saúde e saúde mental e não permitir que ataques semelhantes se repitam.

### **2.3 A transposição do método psicanalítico para o contexto psicossocial**

É de praxe lembrar a contribuição dos argentinos na luta por uma psicanálise latino-americana fora dos consultórios tradicionais. Para tanto, nomes como o de Pichon-Rivière (1907-1977), importante aliado de Marie Langer (1910-1987), serão aqui discutidos. Na Argentina, ambos junto à Angel Garma (1904-1993) fundaram a Associação Psicanalítica Argentina, o que também influenciou o Uruguai. Foi em Buenos Aires nos 1960 e 1970 que surgiu uma atuação clínica em locais como hospitais, centros de saúde, comunidades e a prática com grupos de instituições. Já aqui no Brasil, em 1973, no Rio de Janeiro, Hélio Pellegrino e Anna Kemper fundadores da Clínica Social de Psicanálise foram referência na propagação de um fazer ético psicanalítico marcadamente brasileiro (BROIDE, 2019).

Defendemos a noção de que a atuação do psicólogo que atende norteado pela psicanálise em dispositivos de atenção psicossocial seja na atenção primária, secundária ou terciária exige uma adaptação, não no sentido de uma submissão mas no de uma prática coerente com algumas demandas recorrentes neste contexto, como questões de limitações de estrutura física, tempo, predominância de público vulnerável socialmente, sobrecarga do serviço, etc. Na clínica, sabemos que a responsabilidade é única e exclusivamente do paciente, seja com sua presença, com seus desejos, fantasias, etc. Caso ele não compareça a uma sessão, o analista vai interpretar isso de uma forma; além disso, só se trabalha com a família no acompanhamento de crianças e adolescentes. Já no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), por exemplo, o manejo do tratamento se dá de forma muito diferente. A princípio, destacamos o fato de que existe uma equipe multiprofissional, e para cada paciente um técnico de referência, o psicólogo não trabalha ou toma decisões sozinho; se o paciente faltar excessivamente, sumir, fazemos busca ativa deste, e até mesmo visita domiciliar.

Nesta unidade, as necessidades do sujeito são levadas em conta durante o tratamento, assim como sua posição/contexto social, econômico, familiar e seu desejo. Logo, existe uma responsabilização maior por parte dos profissionais em relação ao cuidado que é ofertado à pessoa. Frente a isso, é montado um PTS (Projeto Terapêutico Singular) que é constantemente

revisitado para fim de atualizações. Além disso, em situações complexas, são realizadas discussões de caso para decidir em equipe quais medidas a serem tomadas, que frequentemente requer a articulação em rede, outra característica marcante do modelo psicossocial; neste momento, reúnem-se psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, clínico-geral, psiquiatra, educadora física, etc., para fazer os andamentos em conjunto.

De acordo com as colocações de Viganò (1999) levantadas por Grotti (2023), o analista tem uma excelente oportunidade de intervir no cenário institucional, desde que o PTS da equipe não se sobreponha ou comprima o cuidado clínico, na perspectiva de que o social não exclui essa via de trabalho. Entretanto, consideramos que o manejo de trabalho do psicólogo orientado pela psicanálise no contexto psicossocial pode ir além desse poderoso e importantíssimo instrumento. As atividades desenvolvidas em grupo são outra vertente que pode ser explorada a partir de um arcabouço psicanalítico que possibilita a produção de inúmeros processos de elaboração no nível coletivo, sendo então criativa e fiel tanto com os principais elementos psicanalíticos quanto com as necessidades suscitadas pelo cenário psicossocial.

O trabalho em grupo é de grande valia no contexto psicossocial, tendo em vista o próprio entendimento de que a função dos dispositivos de saúde mental é possibilitar a reinserção social, bem como a grande demanda que existe no serviço público, o que dificultaria um trabalho feito de forma exclusivamente individual. Sendo assim, os grupos terapêuticos são vistos como excelentes ferramentas de trabalho neste cenário. Wilfred Bion nasceu em 1897 na Índia, foi um médico analisando de Melanie-Klein (1882-1960) que trabalhou na ala de reabilitação na Primeira Guerra Mundial no Hospital Militar de Northfield, onde iniciou a sua atuação com grupos. Para ele, o ser humano é em sua gênese um animal grupal, portanto, o grupo é mais do que a somatória de seus membros, representa na verdade uma unidade onde os fenômenos inconscientes se manifestam mesmo que seus integrantes não percebam, o que estimula por exemplo, a regressão em um nível coletivo, aspecto característico dos objetivos psicanalíticos. Desta maneira, antes de mudar totalmente de perspectiva e passar a considerar o trabalho em grupo menos relevante do que defendeu nos seus primeiros estudos, Bion chegou a considerar que seria até mais fácil e adequado trabalhar a partir da psicanálise no processo de grupos, de modo que a análise individual só seria utilizada em raros casos (SILVA, 1986).

Através das formulações de Pichon-Rivière, compreendemos que “o grupo oferece a possibilidade da co-participação do objeto de conhecimento, ou seja, do objeto mental. É como se no grupo se fragmentasse a ansiedade provocada pela aproximação desse objeto”,

perspectiva que nos auxilia a atuar e compreender o trabalho em grupo e os desencadeamentos que nele decorrem (PICHON-RIVIÈRE, p. 86, 2005). Ainda conforme esse autor, entende-se que o processo de transformação requer mudanças, e as reações frente elas podem ser positivas ou negativas, de modo que neste último caso utilizamos o conceito de “resistência à mudança” para representá-la. Quando tratamos deste termo estamos falando de medos básicos, que se configuram no receio do sujeito perder o que se tem ou o que se é, e o medo frente ao desconhecido. Ambos são provenientes de ansiedades específicas, que em níveis elevados culminam na referida resistência à mudança que é um obstáculo para o sujeito se haver com a realidade (BERSTEIN, 1986). Em um grupo operativo, após a enunciação de determinada tarefa pelo coordenador, como por exemplo, discutir sobre os afetos e representações daquele grupo sobre o envelhecimento

O paciente que enuncia algo é, ao mesmo tempo, porta-voz de si mesmo e das fantasias inconscientes do grupo. Tecnicamente, as interpretações se realizam, por conseguinte, em duas direções: por um lado, interpreta-se o porta-voz, que por sua história pessoal é muito sensível ao problema subjacente e que, atuando como radar, detecta as fantasias inconscientes do grupo e as explicita. Por outro lado, assinala-se que o explicitado é também um problema grupal, produto da interação dos membros do grupo entre si, com o terapeuta e com a tarefa. E que o porta-voz, por um processo de identificação subliminar, percebe e enuncia. Quer dizer que, uma vez assinalado os aspectos grupais individuais ou mobilizantes do porta-voz, a interpretação desvelará os aspectos grupais latentes, adquirindo, desta maneira, uma dimensão horizontal. Dá-se, assim, a articulação de dois níveis no grupo: a verticalidade e a horizontalidade. A verticalidade está relacionada com a história, com o pessoal de cada integrante, que permite assumir certos papéis que foram adjudicados pelos demais. A horizontalidade é compartilhada pelo grupo, o denominador comum que os unifica, que pode ser de natureza consciente ou inconsciente. (...) À verticalidade de cada integrante, o individual, sua história, o colocam em situação de estabelecer uma falsa conexão ou reatualização emocional, operando-se, assim, um processo transferencial (BERSTEIN, 1986, p. 111)

Nessa perspectiva, concebe-se que o grupo operativo é um poderoso dispositivo assim como o divã é para os psicanalistas. Ele sempre começa com uma tarefa a fim de estimular o trabalho psíquico, a transformação. Dentre alguns princípios fundamentais da condução, há a regra essencial de jamais diminuir ou negar o membro na frente do grupo. O coordenador deve auxiliar os indivíduos a elaborarem suas angústias e sair da estereotipia grupal, que quanto mais homogêneo for o grupo, mais acentuada é. Dentre os efeitos transformadores que podem ser evocados, há a possibilidade do sujeito falar enquanto método catártico e a disposição dos corpos como fonte de projeção. Portanto, o coordenador necessita seguir uma apontamento já feito por Freud que é fundamental, que consiste no fato de saber o momento certo de interpretar, visto que isso não pode ser feito diretamente; é preciso observar os quadros associativos e levar a pessoa a ter seu próprio *insight*. Além disso, também deve-se

tomar cuidado com o conteúdo que depositam em você e sempre buscar verificar qual função psíquica está por trás desse afeto. O grupo propicia a vivência de novas experiências, afetos e significados, ou seja, estimula a produção. É essencial então, observar quais transformações o mesmo opera e como. Os emergentes tornam explícitos conteúdos latentes, reprimidos ou irrepresentados, portanto, são um ponto de encontro entre a problemática individual e grupal (HUR; FERNANDES, 2022).

Outra modalidade de trabalho bastante coerente com o contexto psicossocial é a psicoterapia breve de base psicanalítica. Nela, os atendimentos se dão de forma limitada no tempo e visam trabalhar sob elementos mais urgentes, como um processo de luto muito difícil ou ideações suicidas. Ela consiste em cerca de 6 a 7 sessões e se baseia em elementos fundamentais da própria técnica psicanalítica, que são: “1) transferência e emergência da neurose transferencial; 2) estimulação da regressão; 3) o processo de elaboração; 4) a mutação de objetos internos através da projeção e introjeção como mecanismos fundamentais” (KNOBEL, p. 52, 1986). Logo, diferente de uma análise, a psicoterapia de base psicanalítica sempre parte de um objetivo que está diretamente ligado ao projeto que é elaborado para aquele paciente e usa a educação afetiva estimulando o amadurecimento emocional.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS DA PESQUISA

#### 3.1 Método

O método escolhido para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso se fundamenta na pesquisa qualitativa com revisão bibliográfica e coleta de dados a partir de entrevista com perguntas abertas (modelo em anexo) realizada de forma online via Google Forms (Formulários Google) entre novembro de 2023 e janeiro de 2024. O projeto foi analisado e aprovado (parecer nº 6.512.488) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG). A pesquisa contou com o número de 10 participantes, de modo que o recrutamento destes foi realizado por meio do método bola de neve. O critério de inclusão consistiu em o (a) participante ser psicólogo (a) e atuar ou já ter atuado em instituições de saúde e/ou saúde mental pautadas no atendimento psicossocial, como CAPS, hospitais e UPA's.

O método que inspirou a análise de dados foi a análise de conteúdo temática de Laurence Bardin (1977), o qual consiste em três pólos: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamentos dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase é realizada uma leitura flutuante, estabelecido o *corpus* de análise, construída a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que amparam a interpretação final. Em seguida, na segunda etapa faz-se a codificação para elaborar as categorias temáticas de modo a sistematizar a observação do material obtido de forma apurada. Por fim, na última fase busca-se extrair tanto os conteúdos manifestos quanto latentes de tudo que foi coletado, podendo estabelecer comparações e inferências fundamentadas em consonância com o referencial teórico adotado, que neste trabalho trata-se da Psicanálise (BARDIN, 1977).

#### 3.2 Apresentação dos resultados

Dentre os participantes da pesquisa tivemos 9 mulheres e apenas 1 homem. Destes, 8 são psicólogos que atuam pela Psicanálise, correspondendo então a 80% da amostra, 1 possui como abordagem norteadora a FAP (Psicoterapia Analítico Funcional) e Sistêmica, e 1 utiliza o Psicodrama (Moreno) e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), as quais configuram cada, 10% da amostra respectivamente, totalizando 20% de profissionais que partem de concepções distintas da psicanálise. No que compete ao ano de graduação, há uma abrangência entre os anos de 1984 a 2017, o que configura um contexto de formação tanto em períodos mais antigos quanto profissionais que se graduaram mais recentemente, informações

que são sintetizadas abaixo. Em relação à titularidade, constatou-se 3 doutores, 2 mestres, 4 especialistas e a de 1 participante não foi especificada pelo mesmo; além disso, todos atuam ou atuaram no serviço público.

**Quadro 1:** Caracterização dos participantes da Pesquisa

Participante	Gênero	Ano de graduação	Área de atuação	Abordagem teórico-prática
P1	Feminino	2014	Saúde	Psicanálise
P2	Feminino	1991	Saúde e Saúde Mental	Psicanálise
P3	Masculino	2017	Saúde e Saúde Mental	Psicanálise
P4	Feminino	1997	Saúde Mental	Psicanálise
P5	Feminino	2001	Saúde Mental	Psicanálise
P6	Feminino	1994	Saúde Mental	Psicanálise
P7	Feminino	1998	Saúde Mental	FAP e Sistêmica
P8	Feminino	2007	Saúde	Psicanálise
P9	Feminino	1984	Saúde Mental	Psicodrama e TCC
P10	Feminino	2006	Saúde Mental	Psicanálise

Fonte: elaborado pela autora através dos dados da entrevista e Currículo Lattes.

Houve uma forte frequência no entendimento do papel da Psicologia enquanto saber que se preocupa com o sofrimento, o incentivo à autonomia e de um olhar voltado para a subjetividade e singularidade de cada sujeito através da escuta tanto pelos atuantes na área da saúde quanto os da área da saúde mental, ao passo que os primeiros trouxeram pontuações específicas relacionadas às implicações do processo saúde-doença e das determinantes sociais da saúde, e os segundos ressaltaram bastante a questão das vulnerabilidades sociais, além disso, também relataram mais experiências com grupos terapêuticos. A maioria teve contato com a psicanálise durante a graduação e acredita que é possível utilizá-la no contexto psicossocial, entretanto, apresentaram concepções diferentes de como deve se dar essa prática e de como ela se insere neste ambiente. No que se refere às representantes das abordagens distintas da psicanálise, as quais são de extrema importância para nos fornecer um olhar externo e contraste à teoria central em nossa discussão, foi ressaltada a opinião de que no campo psicossocial todas as abordagens precisam ser revistas.

Relativo ao trabalho com equipe multiprofissional, os 10 participantes atuam com este modelo em menor ou maior grau, no sentido desta interlocução não ocorrer em todos os momentos mas acontecer em pelo menos parte do trabalho, sendo constatado também uma relação de forma geral harmônica e respeitosa mas não isenta de algum embate. Emergiram muitas denúncias das dificuldades provenientes da falta de recursos financeiros e sucateamento do setor público, que atravessam a fala/vivência da maioria dos profissionais. Também foi explicitado o desafio de se ter uma formação continuada, e no caso dos psicanalistas, 3 relataram a baixa incidência da literatura que aborda o tema da atuação no contexto psicossocial e discussão da pauta em suas próprias experiências. Um participante de outra abordagem relatou esta ausência também durante a sua graduação.

Metade dos psicanalistas afirmam não ser necessário realizar uma adaptação da teoria ao contexto psicossocial; destes, fica demarcado a necessidade de uma aparente cisão entre psicologia e psicanálise na prática do psicólogo; ao passo que os pares de outras abordagens 20% declaram fazer adequações dentro dos limites que o próprio campo as possibilita. Os principais desafios e dificuldades podem ser sintetizados em: *setting* de atendimento, limitações de tempo para intervenção, centralidade da visão biomédica, existência de vulnerabilidades sociais e falta de recursos para o setor público. Ademais, os não psicanalistas tendem a dialogar com mais de uma abordagem teórico-prática para amparar suas atuações.

**Quadro 2:** Dificuldades e desafios gerais

Escrita da teoria e da técnica; manutenção do tripé psicanalítico em virtude da inflexibilidade de horário das instituições; tempo necessário para uma escuta ou elaboração	Carência na formação analítica voltada para a atuação no contexto psicossocial; tempo e condições desfavoráveis para realizar intervenções; subfinanciamento; estabelecer luta organizada em prol da garantia de direitos sociais
Precarização nas condições de trabalho temporário; pouco amparo para a formação continuada; consequências dos retrocessos causados pelo último governo; baixo compartilhamento de experiência no modelo psicossocial por psicólogos psicanalistas	Adequar o setting para o atendimento (por parte do próprio profissional) que ainda tem algumas idealizações que não contribuem para efetivação do modelo psicossocial; falta de formação coerente com o modelo psicossocial; fortalecimento da RAPS
Pouco tempo de permanência dos pacientes; formato predominantemente grupal; ambiente de pouca privacidade; alta demanda; baixa adesão; dificuldade de um trabalho contínuo	A relação multiprofissional com objetivos diferentes da proposta psicanalítica de escuta; desvincular da centralidade do diagnóstico
Dificuldade de fazer uma clínica ampliada; falta de recursos humanos e estruturais	Aceitação e compreensão da Psicologia como um todo por terceiros; falta de investimento no setor público
Desigualdades sociais; falta de investimento em órgãos da saúde; falta de capacitação	Superar o modelo manicomial e hospitalocêntrico

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas.

### 3.3 Análise e discussão

Iniciamos este último tópico com a questão central do nosso trabalho, que trata-se das contribuições da psicanálise no contexto psicossocial, ressaltando a forma de atendimento que o psicólogo ancorado por ela realiza. Para tanto, destacamos um trecho da entrevista de P1 que afirma:

*No que se refere à técnica, conceitos fundamentais como: transferência, associação livre e atenção flutuante permanecem presentes para a construção do caso. O setting é tomado não em sua dimensão, digamos concreta, em que o divã é item indispensável, mas em sua dimensão simbólica, enquanto espaço de escuta. Assim, a maior parte da escuta ocorre "beira-leito", o que desafia o uso das técnicas, mas não as impossibilita. Algo muito importante é a garantia de autonomia do usuário para a intervenção[...]. Para a entrevista inicial há perguntas norteadoras e protocolares ao hospital que precisam ser avaliadas. Na condução da entrevista, contudo, busco não realizar de modo rígido, para possibilitar a emergência do discurso do sujeito. O seguimento do tratamento dependerá da demanda/queixa levada pelo paciente. Nem sempre a queixa do paciente é a da instituição e para a psicanálise é salutar que a direção do tratamento ocorra a partir da queixa do paciente [...] o cuidado é não antecipar ou introduzir uma demanda que não é a do paciente. No que se refere ao atendimento Infantojuvenil, que é meu campo mais específico, além do cuidado em não introduzir a demanda da instituição, tem-se cuidado em não introduzir a demanda dos pais antecedendo à demanda da criança. Isso não significa que enquanto analista desconsidero a queixa da equipe, da instituição ou da família. Eu utilizo na elaboração e construção do raciocínio clínico (P1).*

No trecho acima, fica evidente o cuidado de P1 em relação a priorizar a autonomia do sujeito ao promover uma escuta em que é preservada a sua singularidade, possibilitando que as demandas inferidas pela instituição (ou mesmo pela família), a saber, um hospital, não ofusquem a subjetividade e protagonismo do paciente. De modo semelhante, Oliveira e Rodrigues (2014) apontam sobre a necessidade dessa atenção à expectativa da equipe multidisciplinar, o desejo do paciente e os fundamentos da teoria psicanalítica assim como a ética da mesma que servem de parâmetro para a atuação neste contexto, logo, auxilia a não perder de vista os interesses do paciente. Os autores complementam ainda que este processo de automatização ou centralidade na saúde orgânica do paciente que por vezes predomina no ambiente hospitalar talvez possam dizer de uma resistência ou defesa dos próprios profissionais ao trabalharem com questões que envolvem a possibilidade de complicações na qualidade de vida ou mesmo de morte iminente do indivíduo. Portanto, identifica-se um espaço rico para as intervenções psicanalíticas pois

Questionamos o paciente sobre a rotina dele, sobre suas relações com a equipe, sobre sua enfermidade e deixamos que ele associe em cima disso. É comum que, no meio das descrições de fatos, procedimentos e pessoas, o paciente expresse seus afetos, desejos, conteúdos inconscientes e processos transferenciais, configurando

um campo fértil para a atuação do analista, (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2014, p. 161).

Oliveira e Rodrigues (2014), no entanto, discorrem sobre uma prática marcadamente mais clínica, centrada na escuta individual, sem citar por exemplo, a possibilidade do trabalho com grupos operativos. Uma de nossas participantes, representante de outra abordagem que atua na área da saúde mental, P7, de maneira oposta, em sua fala introduz o conceito de clínica ampliada: *“penso que todas as abordagens precisam ser adaptadas no contexto psicossocial, os conceitos que norteiam a prática da atenção psicossocial como clínica ampliada apoiam essa adaptação a meu ver”*. A colocação de P7 dialoga com o compartilhado por P1, que diz o seguinte: *“avalio possível utilizar a Psicanálise no contexto psicossocial, desde que de modo compatível com tal contexto, em que os construtos não sejam usados como uma mera aplicação/adaptação da clínica tradicional”*. Contrariamente, P5 quando questionada sobre sua forma de atendimento afirma: *“faço como faço na minha clínica privada”*.

Fica claro acima, as diferenças existentes nas formas do psicólogo que atua pela psicanálise conceber como deve estruturar o seu trabalho no contexto psicossocial. Ainda no discurso em Budapeste, que também está presente no texto *“Caminhos da terapia analítica”* (1919 [1918]) que versa sobre o futuro da psicanálise e seu compromisso ético-político, Freud ao falar da necessidade de pensar um tratamento para o povo, alertou sobre a necessidade de se fazer adequações da técnica tendo em vista a inserção da psicanálise em um novo cenário: espaços de atendimento gratuito e em massa (FREUD, 2021). Isso, no entanto, não é tarefa fácil, ponto que aparece nas entrevistas, tendo em vista o relato da dificuldade identificada por P4, de que muitos profissionais no uso da psicanálise nas instituições com enfoque no atendimento psicossocial não conseguem adequar a sua prática ao modelo, de modo que frisa como desafios:

*O conhecimento dos profissionais em relação ao próprio modelo. Muita distorção e equívocos nesta atuação. Deve-se investir mais em supervisão e educação continuada para o modelo Psicossocial ser realmente efetivado. As gestões (federal, estadual e municipal) precisam investir também na estruturação da RAPS para que haja os Pontos de Atenção necessários para as linhas de cuidados do usuário (P4).*

Quanto a avaliação da necessidade de fortalecimento da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) feita pela participante, Sampaio e Júnior (2021) citando Macedo *et al.* (2017) alertam sobre o fato de no cenário nacional ser constatada uma significativa insuficiência de

CAPS III (dispositivo de atenção 24horas, logo, de extrema importância), por exemplo, o que representa um obstáculo para o acolhimento de pessoas em situação de crise de forma independente do suporte hospitalar, o que tende a culminar numa intervenção final medicamentosa, portanto, ainda centrada no modelo biomédico. Ainda conforme os primeiros autores, apesar dos avanços conquistados pela rede, a situação social, econômica e política existente no Brasil nos últimos anos colocam em risco a manutenção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do próprio SUS (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021); fator preocupante, visto que P3 abordou a realidade de por vezes nem se ter salas para atendimento, de modo que a visita domiciliar se revela enquanto potente possibilidade de garantia ao direito à saúde. A respeito da educação continuada e permanente, Pires, 2008 apud Signor *et al.*, 2015 ressaltam que

A ênfase do processo de trabalho em saúde está prioritariamente na atenção, na gestão e na educação. A cultura; o processo de organização das profissões da saúde; o conhecimento científico e os recursos tecnológicos; a base conceitual de organização do trabalho e do modo de produção; as demandas sociais e sua capacidade de influência, são fatores que estão condicionados à complexidade do processo de trabalho em saúde (p. 2).

No que se refere à manutenção do tripé psicanalítico, um apontamento interessante feito por P1, se revelou enquanto um outro desafio do contexto psicossocial a medida que diferente do consultório privado onde os horários são flexíveis, nas instituições os turnos de trabalho são fixos, logo, dificultam a possibilidade de supervisão ou mesmo formação continuada. Sobre este último aspecto, P10 também alerta sobre as dificuldades que os trabalhadores do setor público enfrentam assinalando que mesmo que a pessoa passe em um concurso, por exemplo, depois de efetivada, o profissional terá pouco tempo para investir e se dedicar a uma formação continuada. Além disso, P10 relata ainda sobre uma baixa incidência da literatura produzida por psicólogos especializados em psicanálise abordando a temática da atuação no modelo psicossocial, assim como P1 que também destacou a timidez da literatura psicanalítica neste contexto, o que em alguma medida dificulta também uma maior propagação e troca destes saberes. Neste sentido, também consideramos válido levantar a hipótese de um possível engessamento, senão uma resistência destes representantes se mostrarem mais críticos em relação à sua presença nas instituições. Apresentamos abaixo um trechos das falas de P1 e P10:

*A principal dificuldade, avalio que é a escrita da teoria da técnica ser feita pensando a realidade de determinados contextos. Assim, a literatura que utiliza a psicanálise no contexto psicossocial é ainda tímida. Avalio que grande parte dos psicanalistas nestes contextos (incluindo a presente respondente) produzem e*

*socializam pouco sobre suas experiências teóricas e técnicas. Outra dificuldade que avalio é que a recomendação psicanalítica de manutenção do tripé: estudo, supervisão e análise individual é onerosa e nem sempre acessível aos profissionais concursados e/ou celetistas. Apenas muito recentemente (últimos dois anos), se comparado ao tempo de formada, pude ter acesso à supervisão e participação em grupos de estudo em escola de formação de modo sistemático (P1).*

*[...] Não sei se posso generalizar a resposta, mas tenho impressão que no Brasil (com exceção de alguns trabalhos mais conhecidos no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais) existem poucas experiências de psicólogos com formação em psicanálise atuando em contextos psicossociais. Por mais que sigamos na defesa por um modelo biopsicossocial, o modelo biomédico com seu poderio ainda é predominante (P10).*

A questão da primazia do poder biomédico, de acordo com a literatura perpassa a experiência de vários profissionais atuantes seja na área da saúde ou da saúde mental e a vivência de parte de nossos participantes, fator preocupante visto que caso a articulação integrada não ocorra “corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151) Diante disso, “qualquer serviço que se coloque sob a égide do psicossocial deve ter a problematização do equívoco da centralidade biomédica como orientação” (CFP, 2011, p. 10), dificuldade real que é enfrentada e melhor descrita abaixo nas próprias falas de P8:

*No caso do hospital, muitas vezes os médicos visam a cura dos sintomas, enquanto na psicanálise escutamos o sintoma em suas variadas nuances para que o sujeito dele se aproprie com mais autonomia. A medicina muitas vezes quer impor um modelo de comportamento adequado socialmente para o que o adolescente, no caso do meu ambulatório, seja encaixado em um paradigma do adolescente comportado, autêntico, o que muitas vezes não acontece (P8).*

Em relação à compreensão de como atuar pela psicanálise no que concerne à pauta sobre fazer sua adaptação ao contexto psicossocial, P8, P3 e P6 compartilharam posições semelhantes:

*A psicanálise não propõe se adequar ao psicossocial. Ela é justamente uma forma de escuta clínica que dá voz ao sujeito em suas desadaptações, e que por isso sofre. Não há que adaptar o sujeito, mas sim torná-lo autônomo. Então atuo nesse espaço em que a psicanálise é possível sem espremê-la numa condição adaptativa (P8).*

*Não é a abordagem que se adapta ao contexto psicossocial, quem se adapta é o profissional. Basicamente, em instituições que realizam atendimento psicossocial (Caps, Cras, Creas, em certa medida, hospitais, etc.) fazemos avaliações, observamos e, quando possível, interpretamos os atos do inconsciente, vemos as resistências aparecerem, enfim, dispomos das ferramentas que qualquer psicanalista*

*tem para intervir sob as demandas de trabalho. No entanto, como mencionei anteriormente, em um contexto psicossocial é preciso saber o tempo certo de realizar a intervenção [...] e esse "timing" não é uma habilidade fácil de desenvolver (P3).*

*A psicanálise não se adapta ao psicossocial, ela está na contramão do psicossocial, na verdade ela precisa estar fora de modelos e padrões estabelecidos para todos, porque a psicanálise só faz sentido se estiver dentro da lógica do um a um. O analista não é um profissional contratado ou concursado. O analista ocupa um lugar na transferência caso a caso (P6).*

As perspectivas defendidas pelos participantes acima dialogam com o pensamento de Santos (2022), que alerta sobre o risco de mesmo que o CAPS, por exemplo, se ancore em um discurso de protagonismo do usuário do serviço e a reinserção social, poder haver aí uma espécie de discurso do mestre, de modo que ao avesso disso, a atitude do profissional ancorado na clínica psicanalítica deve ser de “uma ação que não reduz a técnica a si mesma, pois atua no um a um, como em um jogo de xadrez, tomando a partir da fala, é claro, as posições para o fazer que incluem o sujeito do inconsciente e dividido pelo gozo” (SANTOS, 2022, p. 64). Em um outro trecho da entrevista, onde P6 complementa como se dá sua forma de atendimento, sua conduta parece se aproximar ao trazido pela autora: “*Eu usava o tempo lógico nos atendimentos individuais e atendia os casos semanalmente ou quinzenalmente e nos grupos buscava uma escuta de cada um, dentro do grupo, e buscava fazer a palavra circular*”. Os apontamentos dos participantes demonstraram preocupação com a dimensão crítica da psicanálise no sentido de manter sua independência e dimensão transgressora e transcendente que é explícita tendo em vista o aparente incômodo com a palavra *adaptar* e consequente interpretação da mesma que foi diretamente associada como sinônimo de submissão, entendimento que não consideramos ao empregar o uso da palavra. Quando a utilizamos, visamos referenciar as adequações citadas por Freud (1918) em seu discurso em Budapeste, quando alertava que a população que precisava de tratamento muito das vezes carecia de recursos, que parece ter ressoado através da fala de P4 em resposta à mesma questão (sobre como a psicanálise se apresenta no campo psicossocial): “*centrada no sujeito, numa perspectiva política e baseada em intervenções que auxiliem o sujeito a transformar o ambiente causador do seu sofrimento. Numa abordagem social e dentro da perspectiva da Psicologia Política*” (P4).

Retomando mais uma vez o estimulador discurso de Freud em Budapeste no ano de 1918, Grotti (2023) alerta sobre um possível preconceito de Freud ao postular que deveria ocorrer uma adequação da técnica a psicanálise que seria ofertada às massas populares, que o

ouro da psicanálise em alguma medida poderia até ter que se fundir ao cobre das outras abordagens. No entanto, não vemos problemas com a colocação feita pelo autor, visto que não enxergamos isso como um rebaixamento da técnica para estar disponível aos pobres, logo mais compatível à população menos favorecida de recursos. Há de se considerar que o próprio tempo de tratamento ou mesmo a manutenção do mesmo por vezes é algo que dificulta a adesão do paciente ao tratamento, portanto, isso deve ser considerado nas interpretações feitas pelo profissional. Acreditamos que a psicanálise é igualmente potente mesmo quando distante dos contextos e práticas tradicionais, entretanto, compreendemos também as problematizações feitas por Grotti (2023) ao se questionar qual seria de fato, o sujeito da psicanálise e a quem ela se direciona: O rico? O pobre? Há uma seleção prévia para decidir quem é analisável em termos socioeconômicos ou seria no sentido da capacidade de simbolização?

Mais um poderoso adendo de Santos (2022) de grande relevância, é o lembrete de que no CAPS não lidamos somente com estruturas neuróticas, diante disso, mesmo por vezes tendo o desafio de atuar com pacientes psicóticos, não se deve recuar frente a dificuldade que o manejo possa representar. É possível então auxiliar o sujeito a fazer ricos processos de elaboração de modo a se distanciar do entendimento da psicose enquanto transtorno exclusivamente e perceber ali um modo ser, de lidar com a “realidade”. Complementamos esse ponto com escritos feitos por Neusa Santos Souza nas paredes do CAPS II onde atuou citados por Maria Lúcia da Silva (2021) no prefácio de sua brilhante obra “*Tornar-se negro*”: “O que um psicótico costuma pedir? Ele nos pede lugar, tempo, escuta e palavras” (SOUZA, 1983/2021 apud SILVA, 2021, p.11). Mais a frente, Souza (1983/2021) em sua análise acerca da condição do negro faz uma colocação que também cabe aqui: “Uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo” (SOUZA, 1983/2021, p. 45). Retomando o conceito de clínica ampliada citado por P7 que mencionamos logo no início desta seção, encerramos com uma contribuição de Schneider *et al.* (2014) onde afirma que

Temos que ter em mente que o objetivo da ação clínica é cuidar e, para que esse cuidado em saúde mental vá ao encontro da perspectiva da clínica ampliada, o profissional deve ter como instrumento de trabalho a rede de relação do sujeito. Dessa forma, é preciso reforçar o vínculo com a comunidade para que possam ser ativados a comunicação e os recursos disponíveis [...] pois fortalecendo as redes de assistência em saúde mental constroem-se espaços para transformação (p. 109).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem formas diferentes do psicólogo que atua pela psicanálise conceber a forma de trabalho no contexto psicossocial. Entretanto, o cuidado em relação ao sofrimento, singularidade, desejo e autonomia do sujeito apresentou uma forte frequência em todos os relatos e na literatura consultada, o que parece demarcar uma especificidade da psicologia bem como da psicanálise. Constatamos que há profissionais que se contentam com uma aplicação/reprodução da clínica no contexto psicossocial. Também é possível identificar uma aparente associação do termo *adaptar* com o movimento de silenciar o sujeito no entendimento dos profissionais que afirmaram não ser preciso realizar adaptações da teoria para atuação no ambiente psicossocial. Em contrapartida, há aqueles que fazem uma prática considerando as possibilidades e limites da teoria de modo que mais se aproxima da nossa concepção, onde levamos em conta as necessidades do sujeito, sua subjetividade e é pensado em dispositivos que respondam às demandas que o contexto psicossocial coloca, como por exemplo, o alto número de usuários que chegam no serviço.

Nesse sentido, podemos fazer uma analogia com a pandemia de COVID-19, situação em que diversos psicanalistas tiveram que adaptar as suas formas de atendimento ao ambiente virtual devido à nova realidade que foi imposta; ao fazerem isso, deixaram de ser psicanalistas? Além disso, para alguns, parece precisar haver uma cisão entre psicologia e psicanálise no momento do atendimento, o que para nós não faz muito sentido. Ao profissional de psicologia com formação analítica preencher um protocolo hospitalar, por exemplo, ele se torna menos psicanalista? Existe uma única forma de psicanálise? São perguntas provocativas que convidamos todos a refletirem. Logo, todas as colocações feitas, seja pelos participantes ou pela literatura, em muito contrastantes, se revelam proporcionais à questão da atuação de psicólogos que atuam pela psicanálise em contextos psicossociais, que claramente é complexa e ainda apresenta uma literatura escassa se comparada a outros assuntos.

Desta forma, não objetivamos findar as discussões, muito pelo contrário, procuramos fazer deste um trabalho que contribua e incentive maiores debates sobre o tema, visto que as questões aqui levantadas obviamente estão longe de serem respondidas em apenas um único e singelo trabalho. Portanto, consideramos que mais estudos devem ser empregados sobre a temática, de modo que aqui não consideramos formas certas ou erradas previamente, e sim manejos mais próximos ou distantes à coerência com a concepção de mundo e da realidade da qual partimos que se pauta principalmente na possibilidade de uma psicanálise que pode e

deve ser política e social, uma defensora de rupturas à medida que ao se deparar com uma série de novos sofrimentos e desafios se inova pois não está inacabada. Neste sentido, consideramos todas as colocações extremamente ricas sem exceção à medida que trazem à cena pontos que precisam ser mais discutidos e compartilhados.

O olhar trazido pelos profissionais de outras abordagens contribuiu ricamente para evidenciar pontos que atravessam e afetam todos os trabalhadores, bem como auxiliaram a termos uma visão externa de como a psicanálise é compreendida. Pudemos observar, inclusive, que ela tende a ser a única base norteadora para a prática profissional, ao passo que os psicólogos de outras abordagens se mostraram mais flexíveis ao complementar suas técnicas com saberes de delineamentos que apesar de distintos, dialogam entre si. No que compete às percepções gerais que temos acerca deste trabalho no sentido de uma breve autoavaliação, consideramos que poderíamos ter realizado um questionário com perguntas reformuladas, semi-abertas e mais objetivas a fim de torná-lo menos exaustivo e longo para os participantes. Ademais, também julgamos ser útil a produção de artigos futuros mais robustos discutindo a temática, visto que aqui, frente a dimensão, complexidade da pauta e recorte do trabalho, nos contemos a fazer um percurso mais introdutório.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.; MISHIMA, S. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**. p, 150-153, 2001.
- ANTUNES, M. A. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. 5 ed. São Paulo: EDUC, p. 27-98, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona Psicologia, 1977.
- BERSTEIN, M. **Contribuições de Pichon-Rivière à Psicoterapia de Grupo**. In: Osório, L.C. Grupos hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- BORNHOLDT, E.; CASTRO, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília. v. 24, n. 3, p. 48-5, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**/Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: L8689 (planalto.gov.br). Acesso em: 22 jan. 2024.
- BROIDE, J. Prefácio. In: **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938**. Tradução Margarida Goldstajn. 1 ed. São Paulo: Editora perspectiva, 2019.
- CFP. **Resolução nº 001/99**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, 1999. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf). Acesso em: 30 dez. 2023.
- CFP. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. – 1 ed – . Brasília-DF, 2011.
- CFP. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2014.
- CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - ed. rev.** Brasília, 2022.
- CFP. **Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho: volume I: formação e inserção no mundo do trabalho**. – 1 ed – . Brasília: CFP, 2022.
- CFP. **Quem faz a psicologia brasileira?: um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho: volume II: condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social**. – 1 ed – . Brasília: CFP, 2022.

DANTO, E. **As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938.** Tradução Margarida Goldstajn. 1 ed. São Paulo: Editora perspectiva, 2019.

FREUD, S. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910).** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 21-61.

FREUD, S. **Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte (1915).** In: Cultura, Sociedade, Religião. O Mal-estar na cultura e outros escritos. Editora Autêntica, 2020.

FREUD, S. **Fundamentos da clínica psicanalítica.** Tradução Claudia Dornbusch. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

FREUD, S. **Freud (1923-1925) - Obras completas volume 16: O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos.** Tradução Paulo César de Souza. 1 ed. Companhia das letras, 2011.

FREUD, S. **O Mal-estar na Civilização (1930).** In: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)/ Sigmund Freud; tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

GORDON, A. Marie Bonaparte: princesa e psicanalista. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 42(77): p. 107-121, 2009.

GROTTI, N. **Do projeto freudiano de uma psicanálise para o povo à inserção da psicanálise no campo da atenção psicossocial.** Tese (Mestrado em Psicologia Social) - Programa de Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: SP, 2023.

HUR, D.; FERNANDES, M. Psicanálise, grupo e teoria da técnica: conselhos ao jovem coordenador de grupos. **Psicologia USP**, vol. 33, p. 1-8, 2022.

KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve.** 2 ed. São Paulo: EPU, 1986.

LEITE, S. **O psicanalista amador e os três desejos. Sobre o desejo do analista.** In: JORGE, M.A.C. Lacan e a formação do Psicanalista. Rio de Janeiro: Ed. Contracapa, 2006, pg. 153-164.

MARINO, A. S. A psicanálise nas políticas sociais públicas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica.** Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 2-11, 2020.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia (Natal).** v 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MASSIMI, M. Ideias psicológicas na cultura luso-brasileira, do século XVI ao século XVIII. In: A. A. L. Ferreira, A.M Jacó Vilela, F.T. Portugal (orgs.). **História da Psicologia: rumos e percursos.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2006, p. 85-91.

MASSIMI, M. O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. In: A. A. L. Ferreira, A.M Jacó Vilela, F.T. Portugal (orgs.). **História da Psicologia: rumos e percursos.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2006. 181-189.

MEZAN, R.. Psicanálise e psicoterapias. **Estudos Avançados**, v. 10, n. 27, p. 95-108, maio 1996.

OLIVEIRA, W. L.; RODRIGUES, A. L. Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. **Estudos de psicanálise**. Belo Horizonte, n. 41, p. 157-165, 2014.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PÜSCHEL, V. A. DE A.; IDE, C. A. C.; CHAVES, E. C.. Modelos clínico e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 2, p. 261–268, jun. 2006.

QUINDERÉ, P; JORGE. M; FRANCO, T. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [ 1 ]: 253-271, 2014.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. **Psicologia USP**. São Paulo. v. 23, n. 2, p. 343-366, 2012.

SAMPAIO, M.L; BISPO JÚNIOR, J.P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. L], p.1-16, 2021.

SANTOS, A. V.. Incidências da psicanálise no contexto da saúde mental: o sujeito em questão. **Agora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 25, n. 2, p. 61–66, maio 2022.

SCHNEIDER, D.; CERUTTI, M.; MARTINS, M.; NIEWEGLOWSKI, V. A atuação do psicólogo no centro de Atenção Psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): os desafios da construção de uma clínica ampliada. **Extensio. Rev. Eletr. de Extensão**. Florianópolis, v. 11, n. 17, p. 101-113, 2014.

SIGNOR, E.; SILVA, L. A. A. da; GOMES, I. E. M.; RIBEIRO, R. V.; KESSLER, M.; WEILLER, T. H.; PESERICO, A. Educação Permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 01–11, 2015. DOI: 10.5902/2179769214766. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14766>. Acesso em: 28 jan. 2024.

SILVA, L. **Contribuições de Bion à psicoterapia de grupo**. In: Osório, L.C. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SILVA, M. da R.; GASPARETTO, L.; MENGDEN CAMPEZATTO, P. von. Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2015. DOI: 10.20435/pssa.v7i1.401. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/401>. Acesso em: 1 jan. 2024.

SOUZA, N. **Tornar-se negro ou As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social** [Originalmente publicado em 1983]. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

YAMAMOTO, O. **A crise e as alternativas da psicologia**. São Paulo: EDICON, 1987.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ONLINE VIA GOOGLE FORMS

1. Por gentileza, faça um breve relato do seu percurso formativo pontuando fatores como: ano de graduação, sua experiência profissional, se possui alguma abordagem de atuação (psicanálise, análise do comportamento, gestalt-terapia, histórico-cultural, psicodrama, etc.), especializações, entre outros.
2. Qual a sua área de atuação e/ou trabalhos que realiza atualmente? Quais atividades você desenvolve enquanto psicólogo (a) neste ambiente?
3. O que você entende ser o papel da Psicologia no setor saúde?
4. Você conhece ou teve contato com psicanálise ao longo de sua formação ou atuação profissional? Na sua perspectiva é possível utilizar a psicanálise no contexto psicossocial?
5. Quais seriam as dificuldades de utilizar a psicanálise no contexto psicossocial?
6. Fale sobre a sua abordagem de atuação e discorra sobre como ela se adapta ao psicossocial.
7. Você atua com equipe multiprofissional? Se sim, como é a sua vivência com outros profissionais?
8. Quais os desafios você encontra no trabalho psicossocial? O que você acha que precisa melhorar?
9. Como você faz/adapta os seus atendimentos no modelo psicossocial?
10. O que você acha que precisa melhorar na atuação do (a) psicólogo (a) para a atuação no psicossocial?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FE) - CURSO DE PSICOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

Olá!

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **“Psicanálise para além da clínica: contribuições no contexto psicossocial”**. Meu nome é Leylayne Ferreira da Silva, sou discente do curso de Psicologia da UFG, orientada pela professora Dr<sup>a</sup>. Marilúcia Pereira do Lago, pesquisadora responsável por esta pesquisa, cujo área de atuação é a Psicologia. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assinale este documento, que ficará salvo em duas vias, sendo que uma delas é sua e será registrada no seu e-mail e a outra estará comigo.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar como se dá a atuação de profissionais psicólogos (as) em contextos psicossociais, em especial, os (as) de abordagem psicanalítica. Você responderá a esse questionário online via Google Forms de modo que o tempo estimado para tanto é de aproximadamente 30 minutos. **O seu nome não será divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato.** As informações desta pesquisa serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos.

Os riscos mínimos conhecidos da presente pesquisa são: o cansaço para responder às questões propostas pela pesquisa, algum possível constrangimento, insatisfação e riscos emocionais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios como a ampliação da produção de conhecimento, contribuição com a literatura científica e possibilidade de agregar a prática de outros profissionais.

Caso ocorra alguma intercorrência de risco, você poderá interromper imediatamente a participação e solicitar o acompanhamento psicológico ou encaminhamento para o Serviço de Plantão Psicoterápico do curso de Psicologia da UFG. Saiba que você enquanto participante tem a garantia expressa de se recusar a responder questões que lhe causem desconforto emocional e/ou constrangimento. Em caso de danos, você tem o direito de

pleitear indenização, conforme previsto em Lei.

Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pelo (a) pesquisador (a) responsável através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s) nos números: (62) 9xxxx-xxxx ou (62) 9xxxx-xxxx, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1215. Marque a seguir as opções que validam a sua decisão:

\* Indica uma pergunta obrigatória

E-mail:\* \_\_\_\_\_

Consentimento da Participação na pesquisa: \*

\*

Informo ter mais de 18 anos de idade e Aceito participar da pesquisa.

\*

Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Não Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

\*

Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Não Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.