

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA

RODRIGO LAGE LEITE

Psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea: estudo qualitativo sobre as  
circunstâncias, motivações e sentidos.

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13/10/2011. A versão original  
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2023

RODRIGO LAGE LEITE

Psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea: estudo qualitativo sobre as  
circunstâncias, motivações e sentidos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Geraldo Busatto Filho

Coorientador: Gustavo Bonini Castellana

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13/10/2011. A versão original  
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2023

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Leite, Rodrigo Lage  
Psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea  
: estudo qualitativo sobre as circunstâncias,  
motivações e sentidos / Rodrigo Lage Leite. -- São  
Paulo, 2023.  
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Psiquiatria.  
Orientador: Geraldo Busatto Filho.  
Coorientador: Gustavo Bonini Castellana.

Descritores: 1.Psiquiatria 2.Psicanálise  
3.Psicoterapia 4.Pesquisa qualitativa 5.Saúde  
mental 6.Pesquisa interdisciplinar 7.Coletivo de  
pensamento

USP/FM/DBD-419/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: LEITE, Rodrigo Lage

Título: Psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea: estudo qualitativo sobre as circunstâncias, motivações e sentidos.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Para Oswaldo Ferreira Leite Netto

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Geraldo Busatto Filho, pelo compromisso íntegro com o espírito científico e com o debate democrático

Ao Prof. Gustavo Bonini Castellana, pela companhia competente e serena ao longo de todo o trabalho

Ao Oswaldo Ferreira Leite Netto, a quem dedico esta dissertação, pela paixão com que dissemina “a peste psicanalítica” por onde passa

Aos colegas do Núcleo de Psicanálise do IPq-HC/FMUSP, com especial carinho aos 47 entrevistados desta pesquisa, pela disposição genuína em compartilhar experiências, afetos e trajetórias.

Às Profas. Maria Fernanda Vasquez Valencia, Mirelle Finkler, Lilia Blima Schraiber e Marcia Thereza Couto Falcão, pelo apoio na aproximação à metodologia qualitativa

À Mariana Clark e à Oficina Só Português – Revisões e Transcrições, pelo trabalho metuculoso de transcrição e revisão das entrevistas

À Aline Marques Nicolau, pela revisão cuidadosa

Ao Luiz Felipe, pelo porto seguro e amoroso

Aos meus pais, Wanderval Luiz Leite e Maria Cristina Lage Leite, que por caminhos muito distintos, engendraram em mim a curiosidade pelo mundo

Aos meus irmãos, Ricardo, Cristiano e Leandro, pela presença certa

Aos meus sobrinhos Alice, Helena, Murilo e Theo, pelas alegrias que semeiam

À Cristiane Miotto e ao William Luciano de Carvalho, pela amizade cotidiana

À Karen Aya Uemura, pela amizade delicada e pela interlocução refinada sobre este trabalho e todo o resto

“Se queres ser universal, começa por pintar a tua aldeia”

Leon Tolstói

“Não é exatamente pela essência do que é a psicanálise que ela se torna alvo de elogios ou de insultos. É, geralmente, pela força de seus efeitos, sejam eles positivos ou negativos, que ela se faz presente como tema central nos distintos contextos em que as pessoas, cada uma ao seu modo, se empenham em transmitir algo de sua experiência com a psicanálise”

Maria Livia Tourinho Moretto

## RESUMO

Leite RL. Psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea: estudo qualitativo sobre as circunstâncias, motivações e sentidos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Psiquiatria e psicanálise são saberes distintos que integram o campo da Saúde Mental. A despeito da interface científica, tensões históricas sempre existiram entre elas, decorrentes de diferenças teórico-clínicas e de determinantes sócio-históricos e político-institucionais. Os conceitos de *Coletivo de pensamento* e *Estilo de pensamento*, de Ludwik Fleck, serviram de referencial teórico para uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi compreender as circunstâncias, motivações e sentidos da presença dos referenciais psicanalíticos, no âmbito da psiquiatria contemporânea, praticada no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC/FMUSP). Trata-se de um estudo de base metodológica qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 47 profissionais participantes de um curso de aprofundamento psicanalítico no IPq-HC/FMUSP. Os fragmentos significativos das entrevistas foram identificados, codificados e organizados em 5 categorias temáticas principais, por meio do *software ATLAS.ti Version 9.1.3 2089*. A análise dos dados seguiu a Metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (Análise Categórica Temática). Os resultados foram interpretados e discutidos com relação aos referenciais teóricos de base. Cinco categorias temáticas identificaram: (1) as motivações para a aproximação dos profissionais à psicanálise e (2) ao curso oferecido, (3) os modos de compreensão sobre o que seria essencial e constitutivo do campo psicanalítico, (4) os motivos indicados para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico e (5) os modos de compreensão das interações entre psiquiatria e psicanálise. Os resultados mostraram a importância atribuída à psicanálise, por esse grupo de profissionais de saúde mental, no que concerne à instrumentalização para a abordagem dos aspectos subjetivos e dos fenômenos inconscientes no campo da saúde mental, bem como aos prejuízos associados a sua exclusão. Indicam também a importância da experiência pessoal dos profissionais (análise pessoal e experiência clínica), dentre outros fatores, para o reconhecimento do valor da psicanálise, em sua dimensão complexa, e para a decisão de incluí-la em seu repertório teórico-clínico.

Palavras-chave: Psiquiatria. Psicanálise. Psicoterapia. Pesquisa qualitativa. Saúde mental. Pesquisa interdisciplinar. Coletivo de pensamento.



## ABSTRACT

Leite RL. Psychoanalysis in contemporary psychiatry: qualitative study on circumstances, motivations and meanings [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2023.

Psychiatry and psychoanalysis are distinct knowledges that integrate the mental health field. Despite the scientific interface, historical tensions have always existed between them, resulting from theoretical-clinical differences and socio-historical and political-institutional determinants. Ludwik Fleck's concepts of *Thought collective* and *Thought style* served as a theoretical reference for qualitative research, whose objective was to understand the circumstances, motivations and meanings of the presence of psychoanalytic references, in the context of contemporary psychiatry, practiced at the Institute of Psychiatry of the Hospital das Clínicas/Faculty of Medicine of the University of São Paulo (IPq-HC/FMUSP). This is a qualitative methodological study, conducted through semi-structured interviews, applied to 47 professionals participating in a psychoanalytic deepening course at IPq-HC/FMUSP. The significant fragments of the interviews were identified, coded and organized into 5 main thematic categories, using the ATLAS.ti Version 9.1.3 2089 software. Data analysis followed the Content Analysis Methodology proposed by Bardin (Thematic Categorical Analysis). The results were interpreted and discussed in relation to the theoretical framework. Five thematic categories identified: (1) the motivations for the approach of professionals to psychoanalysis and (2) to the course offered, (3) the ways of understanding about what would be essential and constitutive from the psychoanalytic field, (4) the reasons indicated for the preservation of psychoanalysis in the Psychiatric Hospital and (5) the ways of understanding the interactions between psychiatry and psychoanalysis. The results showed the importance attributed to psychoanalysis by this group of mental health professionals with regard to instrumentalization for the approach of subjective aspects and unconscious phenomena in the mental health field, as well as the damages associated with its exclusion. They also indicate the importance of the professionals' personal experience (personal analysis and clinical experience), among other factors, for the recognition of the value of psychoanalysis, in its complex dimension, and for the decision to include it in its theoretical-clinical repertoire.

Keywords: Psychiatry. Psychoanalysis. Psychotherapy. Qualitative research. Mental health. Interdisciplinary research. Thought collective.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relações entre objetivos específicos, perguntas, códigos e categorias temáticas criadas.....	56
Tabela 2: Categoria Temática 3 – Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.....	105

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Períodos da história da psicanálise (Mezan, 2014, p. 48-53).....	31
Quadro 2: Roteiro pré-definido de perguntas para entrevista semiestruturada. ....	54
Quadro 3: Categoria temática 1 – Motivações para o investimento teórico-clínico em psicanálise (Códigos em negrito). ....	58
Quadro 4: Categoria Temática 2 – Motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”. ....	95
Quadro 5: Categoria Temática 4 – Motivações para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico. ....	116
Quadro 6: Categoria Temática 5 – Modos de compreender as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental. ....	128

## **LISTA DE SIGLAS**

IPq – Instituto de Psiquiatria

HC/FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

NP – Núcleo de Psicanálise

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

UBS – Unidade Básica de Saúde

T.O. – Terapia Ocupacional

SBPSP – Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

NIMH – National Institute of Mental Health

IPA – International Psychoanalytical Association

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	16
1.1 A pergunta da pesquisa .....	16
1.2 Os referenciais teóricos e a subjetividade do pesquisador: sinalizações preliminares .....	17
1.3 Ludwik Fleck – Coletivos e estilos de pensamento e a construção de verdades.....	23
1.3.1 Incomensurabilidade e cegueira entre <i>coletivos e estilos de pensamento</i> .....	25
1.4 Contextualização histórico-epistemológica da pergunta de pesquisa: as relações entre psiquiatria e psicanálise .....	27
1.4.1 A psiquiatria.....	28
1.4.2 A psicanálise .....	30
1.4.3. As ciências .....	33
1.4.4. O convívio entre psiquiatria e psicanálise ao longo da história .....	36
1.4.5 A psicanálise no Instituto de Psiquiatria.....	43
1.5 Voltando à pergunta da pesquisa.....	45
2. Objetivos.....	50
2.1 Objetivo Principal.....	50
2.2 Objetivos específicos.....	50
3. Justificativa.....	51
4. Metodologia.....	52
4.1 Por que metodologia qualitativa? .....	52
4.2 Amostra.....	53
4.3 Entrevistas .....	54
4.4 Análise .....	55
5. Resultados.....	58
5.1 Objetivo Específico 1 .....	58
5.1.1 Categoria temática 1 – Motivações e determinantes da aproximação dos profissionais à psicanálise em si .....	58

5.1.1.1 Análise pessoal e sofrimento psíquico (Códigos 1 e 2 da Categoria Temática 1).....	59
5.1.1.1.1 Experiências de sobrevivência.....	60
5.1.1.1.2 Sofrimento psíquico em possíveis transtornos psiquiátricos .....	62
5.1.1.1.3 Experiências traumáticas e lutos complicados.....	63
5.1.1.1.4 Conflitos intrapsíquicos e interpessoais: psicanálise, sexualidade e sofrimento.....	64
5.1.1.1.5 Ganho de autonomia e diferenciação do outro por meio da psicanálise .....	65
5.1.1.1.6 Sofrimento psíquico em momentos de incertezas, desencontros e questionamentos existenciais.....	67
5.1.1.1.7 Apreensão do “modo de funcionar da psicanálise” a partir da análise pessoal e do próprio sofrimento psíquico .....	68
5.1.1.2 Atividade clínica e demanda por uma escuta ampliada do sofrimento psíquico (Códigos 3 e 4 da Categoria Temática 1).....	70
5.1.1.2.1 Cotejamento dos <i>aspectos singulares</i> versus <i>aspectos gerais</i> relacionados ao sofrimento psíquico. ....	72
5.1.1.2.2 Reconhecimento de sentidos ocultos nos sintomas e nas queixas dos pacientes. ....	73
5.1.1.2.3 Experiência de frustração com a Residência Médica em Psiquiatria e busca de alternativas de escuta do sofrimento psíquico .....	74
5.1.1.2.4 Importância da “atividade clínica” na escolha da psicanálise por psicólogos e analistas leigos .....	77
5.1.1.3 Interesse, curiosidade e sensibilidade para o psiquismo, mundo mental e subjetividade (Códigos 5, 6, 7 e 8 da Categoria Temática 1) .....	78
5.1.1.3.1 Interesse, curiosidade e sensibilidade precoces .....	79
5.1.1.3.2 Interesse, curiosidade e sensibilidade determinando a escolha profissional .....	81
5.1.1.4 Relação transferencial e influência de supervisores e professores (Código 9 da Categoria Temática 1).....	84

5.1.1.5 Estudos teóricos (Código 10 da Categoria Temática 1).....	89
5.1.1.6 Questões pragmáticas relacionadas à vida profissional (Código 11 da Categoria Temática 1).....	92
5.1.1.7 Integração das motivações e centralidade dos efeitos percebidos “na própria carne” – a metáfora da “casca de cebola” .....	93
5.1.2 Categoria Temática 2 – Motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.....	94
5.1.2.1 O aprimoramento teórico-clínico (Códigos 1, 2, 3, 4 e 5 da Categoria Temática 2) .....	95
5.1.2.2 A busca de um grupo psicanalítico (Códigos 6, 7 e 8 da Categoria Temática 2).....	98
5.1.2.3 Interfaces com o IPq-HC/FMUSP, com a saúde, a medicina e o serviço público (Códigos 9, 10 e 11 da Categoria Temática 2).....	101
5.1.2.4 Legalização do atendimento clínico por analistas leigos (Código 12 da Categoria Temática 2).....	102
5.1.2.5 Demandas pragmáticas (Códigos 13 e 14 da Categoria Temática 2).....	103
5.2 Objetivo específico 2 .....	104
5.2.1. Categoria Temática 3 – Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.....	104
5.2.2 Teorias .....	106
5.2.2.1 Inconsciente .....	106
5.2.2.2 Transferência.....	109
5.2.2.3 Outras teorias e conceitos psicanalíticos .....	110
5.2.3 Princípios.....	112
5.2.4 Técnica .....	115
5.3 Objetivo específico 3 .....	115
5.3.1 Categoria Temática 4 – Motivações para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico .....	116

5.3.1.1. Psicanálise no Hospital Psiquiátrico para ampliar a <i>escuta</i> do sofrimento psíquico (Códigos 1 a 8 da Categoria Temática 4) .....	117
5.3.1.2. <i>Resistência</i> à exclusão da psicanálise no Hospital Psiquiátrico (Códigos 9 a 11 da Categoria Temática 4) .....	124
5.3.2 Categoria Temática 5 – Modos de compreender as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental .....	127
5.3.2.1 Reflexões a partir da retomada das relações históricas entre medicina, psiquiatria e psicanálise (Códigos 1 e 2 da Categoria Temática 5) .....	128
5.3.2.2 Zonas de tensão no campo da saúde mental (Códigos 3 e 4 da Categoria Temática 5) .....	135
5.3.2.3 Formas de convívio e interação entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental (Código 5 da Categoria Temática 5) .....	145
6. Discussão .....	154
6.1 As motivações .....	155
6.2 As circunstâncias .....	162
6.3 Os sentidos .....	164
6.3.1 A “escuta” / A “clínica” .....	165
6.3.1.1 Escuta da subjetividade e <i>furor curandis</i> .....	167
6.3.1.2 Escuta da subjetividade e alienação do desejo .....	168
6.3.2 A resistência à exclusão dos referenciais psicanalíticos .....	169
6.3.3 Sutilezas e potencialidades do diálogo entre <i>coletivos de pensamento</i> no campo da saúde mental .....	173
6.4 Limitações do estudo .....	176
7. Conclusão .....	178
8. Referências .....	180
9. Anexos .....	186
Anexo 1 .....	187
Anexo 2 .....	191



## 1. Introdução

### 1.1 A pergunta da pesquisa

Psiquiatria e psicanálise são saberes que fazem parte do amplo campo da saúde mental. É possível reconhecer objetos de observação e intervenção inequivocamente comuns entre elas: o psiquismo humano, a subjetividade, o sofrimento psíquico e a busca por intervenções clínicas racionalmente orientadas sobre esse sofrimento.

A despeito da interface científica, tensões históricas entre esses diferentes saberes existiram desde o surgimento da psicanálise, na passagem do século XIX para o século XX. Estabeleceram-se, entre ambas, diferentes modos de interação, a depender da época, lugar, contexto científico e político-institucional, sempre realçando premissas, perspectivas e concepções variadas, por vezes, antagônicas.

O próprio Freud, ao longo de sua obra, alterou suas crenças sobre as relações possíveis entre a psicanálise e a psiquiatria e, mais amplamente, entre a psicanálise e a medicina. Em sua clássica conferência “*Psicanálise e psiquiatria*”, de 1917, apresentava uma visão otimista sobre uma possível complementariedade entre os campos, análoga à relação existente entre anatomia e histologia.

---

“Os senhores concordarão em que não há, na essência do trabalho psiquiátrico, nada que poderia se opor à pesquisa psicanalítica. Logo, são os psiquiatras que se opõem à psicanálise, e não a psiquiatria. A psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia para anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir dos tecidos e células. Não se pode conceber uma contradição entre estudos que dão continuidade um ao outro” (Freud, 1917/2014, p. 341).

---

Quase dez anos depois, em “*A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial*” (1926), ao defender a prática da psicanálise por não-médicos, Freud refuta veementemente a tese de que a psicanálise seria uma espécie de especialidade médica, tomando-a, antes disso, “na condição de uma ‘psicologia profunda’, de teoria do inconsciente psíquico” (Freud, 1926/2014, p.215). Passa a requisitar uma especificidade absoluta para o campo psicanalítico, embora acreditasse que “no futuro haverá provavelmente uma psiquiatria científica, para a qual a psicanálise terá servido de introdução” (Freud, 1923/2011, p. 298).

Compreender o que motiva psiquiatras e outros profissionais do campo da saúde mental, como psicólogos e analistas leigos, a insistirem na importância do diálogo entre os campos ainda hoje, é o que nos motiva. A despeito das críticas e resistências, muitos profissionais

insistem vigorosamente na manutenção dessa interface, ainda que proponham diferentes modelos de interação e convívio entre psiquiatria e psicanálise.

Quais são as circunstâncias, as motivações e os sentidos inerentes à manutenção dos referenciais psicanalíticos no âmbito da psiquiatria contemporânea praticada por um grupo específico é a pergunta subjacente a esta pesquisa. Identificar os aspectos individuais e grupais que sustentam essa escolha, interessa do ponto de vista teórico-clínico, pedagógico-formativo e interdisciplinar, conforme apresentado adiante na justificativa do estudo.

Uma condição especial do contexto institucional em que a pesquisa é realizada foi o que possibilitou sua execução. O Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP) integra o maior Sistema Acadêmico de Saúde da América Latina, com atividades de assistência médica, investigação científica e ensino, e um amplo Programa de Pós-Graduação, com produção expressiva nas áreas de epidemiologia psiquiátrica, neurociências, psicofarmacologia e outros tratamentos biológicos.

A forte tradição acadêmica assinalada acima, por sua vez, convive há doze anos com a existência do curso de aprofundamento teórico-clínico em psicanálise “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, criado em 2011, pelo Núcleo de Psicanálise (NP) do Serviço de Psicoterapia do IPq. O curso faz parte de uma série de iniciativas e projetos do NP desenvolvidos nas últimas décadas, incluindo a supervisão de médicos-residentes, uma disciplina optativa de psicanálise na FMUSP, a Liga de Psicanálise da FMUSP, dentre outras. Esse conjunto de iniciativas aponta para a existência de um *coletivo de pensamento* específico no IPq, voltado para o saber psicanalítico.

É, pois, voltado para este fenômeno – o convívio entre diferentes *coletivos e estilos de pensamento* no complexo campo da Saúde Mental – que o estudo foi realizado. Ao longo desta introdução, serão detalhadas as nuances e particularidades da história desse convívio, bem como os diversos fatores envolvidos que justificam a pertinência e a importância deste debate.

## *1.2 Os referenciais teóricos e a subjetividade do pesquisador: sinalizações preliminares*

Para situar algo sobre a subjetividade do pesquisador e a escolha dos referenciais teóricos da pesquisa, aspectos fundamentais e pontos de partida em uma pesquisa qualitativa, falarei em primeira pessoa. Foi por acaso que me deparei, durante a revisão bibliográfica inicial desta pesquisa, com o pensamento de Ludwik Fleck (1896-1961), sobretudo, seus conceitos de *coletivo de pensamento e estilo de pensamento*.

Chegaram-me indiretamente, numa articulação já estabelecida com a psiquiatria, em um artigo (Aguiar, 2015) que abordava a oscilação de vertentes teórico-clínicas ao longo da história da psiquiatria, fator importante para a pluralidade teórica da disciplina.

---

“A psiquiatria se constituiu como pertencente ao campo médico sem jamais ter se enquadrado plenamente em sua metodologia, permanecendo em constante diálogo com outros campos do saber. Esta posição fronteiriça possibilita que seus membros permaneçam influenciados por uma série de *coletivos de pensamento*. (...) (Há) momentos em que procura se enquadrar no *coletivo médico*, buscando em cada doença psiquiátrica um mecanismo biopatológico e um curso previsível (...) Em outros momentos, procura estar afinada com outros *coletivos de pensamento* mais ligados às ciências humanas, buscando significar as doenças psiquiátricas a partir de uma perspectiva mais ampla, percebendo estas doenças como multifatoriais, englobando influências psicológicas e sociais” (Aguiar, 2015, p. 230-231).

---

Além disso, o artigo explicitava a maneira como os diferentes *coletivos de pensamento*, com os quais a psiquiatria dialoga em diferentes circunstâncias, eram influenciados por diferentes *estilos de pensamento*, seja a biologia, a fenomenologia, a psicanálise, a psicologia social etc.

Adiante, tomarei o pensamento de Fleck como um dos referenciais teóricos da pesquisa e voltarei a esses conceitos de maneira mais detalhada. Por ora, importa dizer que eles se mostraram bons pontos de partida para a estruturação da pergunta central da pesquisa, a saber, “quais são as circunstâncias, motivações e sentidos inerentes à manutenção dos referenciais psicanalíticos no âmbito da psiquiatria contemporânea praticada no IPq do HC/FMUSP, por meio de seu NP do Serviço de Psicoterapia”?

Ter como princípio o reconhecimento da existência de grupos de pensadores (*coletivos de pensamento*) assentados em *estilos de pensamento* muito diversos, assim como pensar os modos de convívio e interação entre eles, em um campo do saber – saúde mental – marcado por uma perspectiva complexa, foi importante para a compreensão do pesquisador que me tornei a partir da dupla posição profissional ocupada por mim: psiquiatra e psicanalista. Retomo, assim, alguns elementos autobiográficos primordiais para a compreensão da gênese deste trabalho. De maneira objetiva, proponho circunscrever aqui “quem faz” e “por que faz” a pergunta de pesquisa delimitada acima.

Nos três primeiros anos do século XXI, realizei minha formação como psiquiatra no IPq. Aquele período ecoava o auge da chamada “década do cérebro”, expressão usada pelo presidente George Bush, no início dos anos 1990, para designar o potencial e a aposta nas pesquisas em neurociências realizadas nos EUA. De maneira geral, a perspectiva psiquiátrica

americana ganhava espaço na maior parte do mundo ocidental, promovendo rapidamente a globalização de seus pressupostos (Russo; Venâncio, 2006).

No IPq, uma expressiva produção científica nas áreas de epidemiologia psiquiátrica, neurociências, farmacologia e outros tratamentos biológicos sustentava, no campo dos saberes, o desenvolvimento de *coletivos de pensamento* médicos, cujos *estilos de pensamento* se baseavam fortemente na biologia, nas neurociências e na psicologia comportamental.

Naquele período, meu maior interesse estava no aprendizado dos aspectos “médicos” do diagnóstico e do tratamento psiquiátricos. Eu me preocupava, sobretudo, em dominar a nosografia vigente (o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM - IV*) para estabelecer diagnósticos precisos, além de conhecer os métodos de tratamento considerados mais eficazes para os transtornos mentais (os psicofármacos, a eletroconvulsoterapia e a psicoterapia cognitivo comportamental).

Desde aquela época, entretanto, as atividades dos médicos residentes, nas manhãs de terça-feira, no Serviço de Psicoterapia do IPq, incluíam discussões teóricas e supervisões dos atendimentos clínicos em diferentes linhas psicoterápicas: psicanálise, psicoterapia analítica, psicodrama e psicoterapia breve, escolhidas, segundo o interesse do residente e a disponibilidade de vaga nos diferentes grupos.

As atividades na “psicoterapia” introduziam as primeiras noções de psicodinâmica, mas, sobretudo, tinham como marca a ênfase na importância da singularidade para observação da subjetividade humana e escuta do sofrimento psíquico. Grupos se formavam em redes transferenciais, constituídas em torno de diferentes correntes. Havia os que se interessavam por psicanálise, psicodrama, psicologia analítica etc.

Eu experimentava aquilo tudo (o momento na psicoterapia) com notória ambivalência.

Conforme afirmado anteriormente, por um lado, estava tomado por um vigoroso pragmatismo médico, determinado a aprender o “ofício do psiquiatra” e ser eficiente no tratamento das “doenças mentais”. Para isso, frequentava os diferentes grupos especializados do IPq, lia os *guidelines* e tentava compreender os meandros da psicofarmacologia e da terapêutica medicamentosa. Como complemento, me matriculei no curso de especialização em psicoterapia cognitivo-comportamental, oferecido por um dos grupos do IPq.

Entretanto, por outro lado, o convívio com meu supervisor em psicoterapia, o psicanalista Oswaldo Ferreira Leite Netto, despertava um progressivo interesse pela singularidade de cada ser humano na gênese de seus variados modos de sofrimento psíquico. Apesar de considerar aquela experiência, ao mesmo tempo, difícil e enigmática, eu encontrava ali outras possibilidades de observação da vida, do mundo, dos seres humanos.

Nunca havia me submetido a qualquer tipo de psicoterapia enquanto paciente, mas escutava sobre singularidade, pessoalidade, subjetividade, inconsciente... Eram como sementes lançadas num terreno virgem. Uma recordação do último dia de Residência Médica me parece significativa. Apesar de minhas resistências à psicanálise enquanto médico-residente e de várias escolhas pautadas pelo pragmatismo médico, ao encontrar, por acaso, Oswaldo, “meu supervisor da psicoterapia” na saída do IPq, eu lhe pedira: “Oswaldo, você poderia me indicar um psicanalista”?

Os anos seguintes foram de profundas transformações. Do ponto de vista acadêmico, eu deixara um “doutorado direto” em neurociências e me inscrevera num curso livre de teatro. Como o filho que precisa se afastar da casa paterna para encontrar sua identidade, me afastei do IPq e passei a trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Lídia, no Campo Limpo, periferia de São Paulo. Naquele momento, eu já fazia análise pessoal, abrira meu consultório particular que seguia de maneira favorável e nunca mais deixaria de atender como psiquiatra e psicoterapeuta.

No CAPS e na UBS, entre 2003 e 2012, eu lidava com os desafios do serviço público na abordagem do sofrimento psíquico em situações de extrema vulnerabilidade social. Foi nesse contexto que uma experiência catalisara uma espécie de *insight* acerca da complexidade do campo da saúde mental, da trama intrincada de seus saberes e práticas.

Frente à alta demanda de atendimento para pacientes com quadros ansiosos de vários tipos, propus à terapeuta ocupacional Dulce Helena Pazzini, que criássemos o que chamei “Grupos de pânico”. Eram reuniões quinzenais conduzidas por nós, em grupos de aproximadamente oito pacientes, em que falávamos das “ansiedades”. Eu manejava as medicações utilizadas e aplicava as técnicas cognitivo-comportamentais aprendidas no IPq (exercícios de controle respiratório para crises de pânico, técnicas de relaxamento, treino de habilidades sociais e assertividade etc.). Dulce fazia intervenções de Terapia Ocupacional (T.O.). Diante disso, o que eu observava é que havia algo produtivo na combinação dessas estratégias com a escuta do sofrimento que, num segundo momento, elas possibilitavam.

As intervenções medicamentosas e comportamentais, aliadas ao impacto da criação daquele espaço regular de cuidado, favoreciam o acolhimento do sofrimento psíquico das pessoas, a vinculação progressiva entre profissionais e pacientes, e o que considero decisivo, a transformação da qualidade das conversas e dos temas abordados.

Amores e dores, desejos e frustrações, esperanças e desesperos, potência e impotência, ódio e inveja, uma constelação de experiências psíquicas até então não abordadas que se mostravam determinantes de mal-estar, sofrimento e sintomas psíquicos.

Ao lado disso, um processo de análise pessoal a pleno vapor fazia com que o “jovem médico bem-intencionado” percebesse em si mesmo a complexidade do próprio psiquismo e de conflitos jamais identificados, para os quais o repertório psicanalítico (conflito e sintoma, inconsciente e recalque, traumas e mecanismos de defesa do ego, compulsão à repetição e pulsão de morte etc.) se mostrava prenhe de ferramentas irrecusáveis e indispensáveis.

Foi por meio desse processo entrelaçado de experiência pessoal e atividade clínica que a busca pelos *coletivos de pensamento* ligados à psicanálise ocorrera. Primeiramente, no *Instituto Sedes Sapientiae*, no curso cujo título já evocava meus interesses àquela época, *Conflito e sintoma* (2008-2009), e depois na formação psicanalítica na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo – SBPSP (2011-2017), por meio da qual busquei aprofundamento psicanalítico, tanto na experiência de análise pessoal, quanto na ampliação do repertório teórico-clínico.

Penso que após esse percurso, teria sido mais fácil seguir exclusivamente o caminho da clínica individual privada, praticando psiquiatria e psicanálise de acordo com os conhecimentos e convicções adquiridos até ali. Entretanto, uma inquietação se fazia presente, o desejo de refletir (e, posteriormente, de pesquisar) sobre os diferentes modos de se praticar a clínica psiquiátrica na contemporaneidade.

Em muitos contextos, eu percebia uma concentração de esforços para eliminação rápida de qualquer sinal de mal-estar, sofrimento ou sintoma psíquico, sem que houvesse uma consideração mais cuidadosa, do ponto de vista psicopatológico, sobre o impacto da subjetividade, da singularidade e do inconsciente do paciente em sofrimento, e, portanto, dos sentidos daquela condição. Certamente, a psicanálise já se apresentava como um recurso teórico-clínico potente e indispensável, e as questões relativas à sua presença (ou ausência) no âmbito da psiquiatria me interessavam.

Se no contexto macroestrutural, eu observava a tensão histórica entre referenciais que me pareciam, além de pertinentes e necessários, também indispensáveis, prevalecia a impressão de que os diferentes *coletivos de pensamento* se mantinham, muitas vezes, isolados, com uma comunicação precária entre si, o que parecia determinar uma perda científica inaceitável para o campo e, sobretudo, uma perda substancial para a qualidade do atendimento dos pacientes. A eles destinavam-se práticas em saúde mental restritas ao manejo de sintomas, muito aquém das potencialidades de uma escuta dirigida aos aspectos singulares do sujeito e às determinações inconscientes dos sintomas, aspectos muitas vezes pouco valorizados.

Em uma reflexão sobre a repercussão de tais tensões macroestruturais no Serviço de Psicoterapia do IPq, no início dos anos 2000, momento em que eu fizera minha residência

médica em psiquiatria, e que a psiquiatria se voltara fortemente para a perspectiva da medicina baseada em evidência e para um marcado pragmatismo médico, Leite Netto e Lotufo Neto (2012) escreveram:

---

“Nas últimas décadas do século XX, a psiquiatria passa por importantíssima transformação. No âmbito particular de nosso Instituto de Psiquiatria, a entrada no século XXI é marcada por grandes mudanças no modelo assistencial e por magnífica reforma das instalações físicas. (...) Ocorrem progressos inegáveis, como os avanços psicofarmacológicos (...) redução de leitos, internações curtas, ambulatorios variados e aumento no número de pacientes tratados exclusivamente neles e no máximo em hospital-dia. (...) conquistando respeitabilidade e oferecendo também campo vasto e pouco explorado de pesquisas neurocientíficas. (...)

Em 1980 é publicada a terceira versão do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM III) (...) acentuando a visão biológica que propõe uma leitura predominantemente materialista da mente humana, calcada na neurociência.

Há, portanto, um natural afastamento da preocupação com o universo da subjetividade, a tentativa de compreensão e entendimento de motivações e conflitos inconscientes tanto na feitura de diagnósticos como nas propostas terapêuticas. Pareceu-nos que não haveria por parte da psiquiatria a necessidade nem o interesse de um convívio ou diálogo com a psicanálise. A década de 1990 foi um período em que o trabalho didático de transmissão desses conhecimentos e da aplicação desse viés específico através no atendimento aos pacientes se caracterizaram por verdadeira resistência, em que os psicanalistas em atividade se sentiam na contracorrente da medicalização do mundo, fora do contexto da pós-modernidade, em medicina e, em particular, na psiquiatria. A ‘medicina baseada em evidências’ dominou o panorama” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 55-56).

---

Por outro lado, a despeito desse panorama macroestrutural, a experiência particular do Serviço de Psicoterapia demonstrava que, de alguma maneira, sempre houvera a demanda de pacientes e profissionais convencidos da necessidade primordial da escuta do subjetivo e do singular.

---

“O peculiar e extraordinário é que continuamos a receber pacientes, muitos procurando por iniciativa própria o “médico que conversa com a gente” ou o “médico que se interessa por nossos problemas”, bem como residentes insatisfeitos, angustiados e mobilizados por sua curiosidade com as peculiaridades dos casos individuais e as inevitáveis correlações entre histórias de vida, aspectos do desenvolvimento e singularidades das personalidades. Para isso tudo, a experiência da escuta analítica e o embasamento em seus pressupostos e teorias continuam válidos e úteis” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 56).

---

Atualmente, apesar de um cenário menos polarizado, Gabbard (2018) afirma que o olhar de grande parte da psiquiatria para as psicoterapias de orientação psicodinâmica, de alguma

maneira, ainda mantém desconfiança e resistência, identificadas nas reiteradas exigências de validação empírica.

---

“Apesar da longa tradição da psicoterapia psicodinâmica na prática da saúde mental, tem havido uma luta árdua por sua sobrevivência. Tanto nas publicações científicas quanto na imprensa leiga, a terapia psicodinâmica é frequentemente confrontada com tratamentos validados empiricamente” (Gabbard, 2018, p. 183).

---

Segundo o autor, a ênfase do pensamento psicodinâmico na subjetividade a coloca “em desacordo com a chamada ciência dura, que envolve fenômenos objetivos e mensuráveis” (Gabbard, 2018, p. 183). Numa perspectiva semelhante, Yakeley et al. (2014) contesta o peso do positivismo na psiquiatria contemporânea, ao afirmar que

---

“embora vários movimentos – psicanálise, antipsiquiatria, hermenêutica – tenham desafiado o positivismo em sua negação da centralidade do significado, da interpretação e da experiência subjetiva no encontro terapêutico, essas abordagens têm sido marginalizadas no âmbito da psiquiatria dominante” (Yakeley et al., 2014, p. 98).

---

É nesse cruzamento entre diferentes *coletivos e estilos de pensamentos*, e do interjogo de seus determinantes subjetivos, históricos e socioculturais, que se situa a proposta desta investigação.

### 1.3 Ludwik Fleck – *Coletivos e estilos de pensamento* e a construção de verdades

A proposta de compreender as circunstâncias, motivações e sentidos da existência de um *coletivo de pensamento* voltado para o saber e a prática da psicanálise no âmbito do Instituto de Psiquiatria, me levou ao pensamento de Ludwik Fleck, médico judeu-polonês, cuja importância no campo da epistemologia da ciência só fora tardiamente reconhecida.

Apesar de sua principal contribuição, *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (1935/2009), ter sido publicada em 1935, foi após sua “redescoberta”, por meio de uma citação no prefácio de Thomas Kuhn, em *A estrutura das revoluções científicas* (Kuhn, 1970/2013), que as ideias de Fleck despertaram a atenção dos epistemólogos da ciência em todo o mundo. Em 1979, o próprio Thomas Kuhn escreveria a apresentação à primeira edição inglesa da obra e, em 2005, Bruno Latour assinaria o posfácio da primeira edição francesa. A primeira edição em português foi publicada em 2009.



Autor de uma obra relativamente pequena (um livro e sete artigos), a importância de Fleck está no pioneirismo ao reconhecer os aspectos históricos e sociológicos como determinantes da construção dos fatos científicos.

Segundo Schäfer e Schnelle, Fleck “sociologiza” a análise científica (Fleck, 1935/2009, p. 13), posicionando os determinantes sociais ao lado dos achados empíricos e dos construtos lógicos (Aguiar, 2015, p. 229). Isso significa reconhecer o peso de fatores históricos e socioculturais nos movimentos grupais de pensadores e pesquisadores, sobretudo, na determinação do contorno do objeto de suas observações, ou seja, do que se escolhe ou não se escolhe pesquisar.

Em nosso caso, as ideias de Fleck interessam por favorecer o exame do convívio e das interações entre psiquiatras, psicanalistas, psicólogos de diferentes orientações, médicos, neurocientistas e outros profissionais no campo da saúde mental, assim como dos determinantes históricos e socioculturais desse convívio. Partimos das definições de *coletivo de pensamento* e *estilo de pensamento* para compreender as motivações que levam os profissionais entrevistados nesta pesquisa a elegerem o referencial psicanalítico como parte importante de seus saberes e práticas, sustentando essa escolha no âmbito da psiquiatria e da saúde mental, em um momento histórico em que esse não é um referencial preponderante, e, além disso, muitas vezes, é questionado e refutado. Ou seja, em zonas de interface influenciadas por fatores sócio-históricos tão complexos quanto as mudanças socioculturais do início do século XX, as transformações tecnológicas da medicina no século XX, os discursos “das” e “sobre” as ciências e os aspectos econômicos da rede tecnocientífica no campo da saúde mental no século XXI.

Fleck (1935/2009) define *coletivo de pensamento* como “a comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou que se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” (Fleck, 1935/2009, p. 82). Cada uma delas seria “um portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um *estilo específico de pensamento*” (Fleck, 1935/2009, p. 82).

Sobre *estilo de pensamento*, Fleck o define como uma

---

“determinada atmosfera (*Stimmung*) e sua realização. (...) a disposição (*Bereitschaft*) para um sentir seletivo e para um agir direcionado correspondente (...) percepção direcionada em conjunção com o processamento correspondente no plano mental e objetivo” (Fleck, 1935/2009, p.149).

---

Em síntese, o *estilo* seria

---

“marcado por características comuns dos problemas, que interessam a um coletivo de pensamento; dos julgamentos, que considera como evidentes e dos métodos, que aplicam como meios do conhecimento. É acompanhado, eventualmente, por um estilo técnico e literário do sistema do saber” (Fleck, 1935/2009, p. 149).

---

Ambos os conceitos evidenciam que o “processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais” e que “já na estrutura da linguagem reside uma filosofia imperiosa da comunidade, já numa única palavra se encontram teorias emaranhadas” (Fleck, 1935/2009, p. 85).

Ou seja, no “caldo” de pressupostos compartilhados e de linguagem, pensamentos e experiências comuns, reside o ponto de partida dos diferentes *coletivos de pensamento* no modo de observar o mundo (o “objeto”), na defesa de suas concepções e do lastro de verdade contido nelas. Cada *coletivo* guardará em si o “esboço epistemológico do saber, que nunca se torna possível em si, mas apenas e sempre sob condição de determinadas **pressuposições de conteúdo sobre o objeto**. (grifo meu)” (Schafer; Schnelle, *in* Fleck, 1935/2009, p. 16).

No campo da saúde mental, por exemplo, quando um profissional afirma que determinado fenômeno psíquico diz respeito a uma “formação do inconsciente”, pode-se supor que ele traz consigo o *background* de um *coletivo de pensamento* que pressupõe a existência de um inconsciente, definido segundo um conjunto específico de conceitos. Por outro lado, quando um profissional decide medicar um paciente com antidepressivo, ele, da mesma forma, traz consigo a premissa de que aquela medicação, por meio de uma ação química, pode influir de maneira positiva no sofrimento psíquico do paciente.

Em quaisquer dos cenários, o *background* histórico e sociocultural e os pressupostos do *coletivo de pensamento* definem o recorte a partir do qual se observa e, conseqüentemente, aquilo que se poderá enxergar no fenômeno psíquico em questão. Diferentes áreas da ciência têm utilizado os conceitos de Fleck para abordar zonas de interface entre variados campos do saber (Aguiar, 2015; Verhoeff, 2014; Gomes e Da Ros, 2008; Santos; Jacó Vilela, 2009).

### 1.3.1 Incomensurabilidade e cegueira entre *coletivos e estilos de pensamento*

Uma vez definidos os conceitos de *coletivo de pensamento* e *estilo de pensamento*, serão ressaltadas duas conseqüências importantes deles para o argumento da pesquisa. Primeiramente, o reconhecimento da “incomensurabilidade” existente entre os diferentes

*coletivos e estilos de pensamento*. Incomensurável é tudo aquilo “que não tem medida comum com outra grandeza” (Ferreira, 2004, p. 1088). Fleck chega a essa conclusão a partir de sua prática médica. Alguns exemplos são recuperados por Löwy (1994) nos principais trabalhos do autor.

---

“No artigo *Sobre a crise da ‘verdade científica’*, Fleck explica que os critérios de classificação de uma bactéria podem variar segundo o objetivo da investigação. Assim, a definição de uma mesma bactéria (Fleck deu o exemplo da *Streptococcus haemolyticus*) pode ser restritiva para um bioquímico (que deseja excluir os casos duvidosos) e inclusiva para um epidemiologista (que deseja evitar a subavaliação do perigo da presença de patógenos potenciais). Uma colônia de bactérias que possua algumas, mas não todas, características ‘típicas’ de *Streptococcus haemolyticus* será, assim, incluída na espécie *Streptococcus haemolyticus* pelo epidemiologista, porém excluída pelo bioquímico” (Löwy, 1994, p. 9).

---

A incomensurabilidade entre dois *coletivos de pensamento* aponta para o fato de que nenhum deles é detentor de uma “verdade maior”, hierarquicamente superior ao outro. A diferença é consequência da existência de *estilos de pensamento* rigorosamente desiguais na base de cada um dos *coletivos*.

No campo da saúde mental, por exemplo, a tendência a rastrear aspectos neurobiológicos, determinações psicodinâmicas, influências comportamentais ou os pressupostos subjacentes à avaliação de causalidade, envolvendo diferentes variáveis, depende do pano de fundo referente ao *estilo de pensamento* de cada *coletivo de pensamento*. O próprio entendimento psicopatológico que norteia a delimitação de um fenômeno psíquico enquanto mal-estar, sofrimento ou sintoma (Dunker, 2015, pp.185-272) já atesta a ancoragem do debate em uma determinada linguagem e em um *estilo de pensamento* específico.

Apesar da incomensurabilidade entre os *coletivos de pensamento*, Löwy (1994) lembra que a ciência moderna não é

---

“constituída por grupos hermeticamente isolados uns dos outros. Ao contrário, o diálogo e as trocas entre grupos profissionais estão, muitas vezes, no próprio âmago de toda atividade científica. (...) A circulação das ideias entre os coletivos de pensamento é uma fonte de inovação nas ciências e na sociedade” (Löwy, 1994, p. 11).

---

Para que isso aconteça, entretanto, será necessária uma abertura aos “restos intraduzíveis” que, necessariamente, far-se-ão presentes nos esforços de comunicação entre diferentes *coletivos de pensamento*.

---

“Os fatos produzidos por um dado *coletivo de pensamento* são assimilados por outros *coletivos de pensamento* e traduzidos em seu *estilo de pensamento*. Trata-se, no entanto, de uma ‘tradução imperfeita’. As ideias e os fatos absorvidos e ‘naturalizados’ por um outro *estilo de pensamento* são necessariamente modificados durante o processo. Existem, portanto, coisas perdidas na tradução, e coisas nela encontradas” (Löwy, 1994, p. 11).

---

Avançaremos, agora, para a segunda consequência do pensamento de Fleck que nos interessa. A filiação de cada *coletivo de pensamento* a um recorte epistemológico específico (*estilo de pensamento*), além de direcionar o olhar e a atenção de cada pesquisador para pontos de interesse pré-determinados, produz, no contrapelo, a diminuição da capacidade de enxergar os pontos não iluminados por aquele *estilo de pensamento*, ou seja, situados fora do horizonte circunscrito dos seus interesses.

---

“(O) processo de aprendizagem não é, de maneira alguma, extensível *ad infinitum*, mas limitado pelas capacidades cognitivas do cérebro humano. Durante a socialização na maneira de ver de uma especialidade médica não se perde apenas o ‘olhar ingênuo’ sobre fenômenos observados, mas também, pelo menos, uma parte do treinamento que leva a perceber o mesmo objeto no ‘estilo’ de um outro coletivo de pensamento” (Löwy, 1994, p. 10).

---

No campo da saúde mental, são comuns as adesões maciças a determinados *coletivos* e *estilos de pensamento*, provocando um verdadeiro eclipsamento de fenômenos que seriam mais bem observados por outras perspectivas ou pela combinação de várias delas. Szajnbok (2013), por exemplo, ao discutir sobre a exclusão da psicanálise e da psicopatologia fenomenológica do cerne de programas de residência médica em psiquiatria, após a publicação do DSM-III, questiona o “modo por vezes um pouco ingênuo” com que jovens médicos aderem às diretrizes nosográficas sem um conhecimento maior dos fatores sociopolíticos que as determinam (Szajnbok, 2013, p. 92).

Refletir sobre os ganhos da abordagem do sofrimento psíquico por meio do compartilhamento de referências e ferramentas de diferentes *coletivos* e *estilos de pensamento*, incluindo a psicanálise, subjaz aos objetivos da pesquisa.

#### 1.4 Contextualização histórico-epistemológica da pergunta de pesquisa: as relações entre psiquiatria e psicanálise

Para avançar no propósito de investigar as circunstâncias, motivações e sentidos da existência do *coletivo de pensamento* psicanalítico no âmbito da psiquiatria, partiremos da recuperação dos aspectos histórico-epistemológicos do campo de observação da pesquisa. Tomaremos, assim, a história e a epistemologia como referenciais teóricos e balizas necessárias para alcançar os objetivos deste trabalho.

#### 1.4.1 A psiquiatria

A psiquiatria enquanto campo de saber e de práticas terapêuticas é marcada pela pluralidade de referenciais teórico-metodológicos. Sua história contempla a coexistência de diferentes vertentes, algumas de perspectiva moral e humanista, outras mais voltadas para os aspectos neurobiológicos. Aguiar (2017) observa que “em determinados momentos da história da psiquiatria um desses grupos obteve hegemonia no campo sem jamais eliminar o outro” (Aguiar, 2017, p. 890).

A este cenário vem se juntar o contato com uma profusão de modalidades de psicoterapias, também marcadas por pressupostos teórico-metodológicos e bases filosóficas radicalmente diferentes. Cordioli (2008) considera a existência de “mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias, descritas de uma ou de outra forma em mais de 10.000 livros e milhares de artigos científicos” (Cordioli, 2008, p. 20).

Vários autores (Alexander e Selesnick, 1968; Bercherie, 1989; Burns, 2014; Ellenberger, 1970; Foucault, 2009; Lieberman, 2019; Micale e Porter, 1994; Shorter, 1997;) revisitaram o caminho de construção do conhecimento no campo da psiquiatria, oferecendo leituras que priorizam diferentes perspectivas.

Lieberman (2019) sublinha o interesse, desde os primórdios da psiquiatria, pelos “processos ocultos da mente”. Segundo ele, os

---

“primeiros psiquiatras apropriaram-se de conceitos do pensamento romântico europeu nas artes e na literatura e procuraram as forças irracionais e ocultas da natureza humana (...) Consideravam muitas vezes a loucura como resultado de uma mente normal que capitulava diante das forças impetuosas e turbulentas da alma imortal” (Lieberman, 2019, p. 30).

---

Ellenberger (1970) recompõe em *The Discovery of the unconscious*, a “história da psiquiatria como uma história do inconsciente” (Micale; Porter, 1994, p. 112), e reconstrói assim o caminho das compreensões e tratamentos psicológicos desde a antiguidade até o surgimento da psicanálise, no século XX.

O status de especialidade médica legítima, entretanto, só seria alcançado pela psiquiatria na segunda metade do século XIX (Burns, 2014, p. 48), com a “primeira onda da psiquiatria biológica”, vertente que atribuía à doença mental a existência de anomalias físicas e identificáveis no cérebro. Exponente de tal pensamento, o psiquiatra alemão Wilhelm Griesinger declarava que “todas as concepções poéticas e ideais da insanidade têm um valor extremamente insignificante” (Lieberman, 2019, p. 31). Assinala no primeiro número do *Archives of psychiatry and nervous disease* (1867) a transformação que, segundo ele, marcaria a relação da psiquiatria com a medicina: “pacientes com as assim chamadas doenças mentais são, na verdade, indivíduos com doenças dos nervos e do cérebro”. (Lieberman, 2019, p. 31).

A ascensão dessa primeira psiquiatria biológica marca o término de uma longa era conhecida como “primeira psiquiatria dinâmica”, iniciada com a revolução de Pinel e caracterizada pela associação de seu modelo nosográfico com o modelo psicoterápico mesmerista, baseado na sugestão e no magnetismo. (Roudinesco, 1999, p.40).

A partir daí, assistiremos a oscilações pendulares das diferentes vertentes teórico-metodológicas. No segundo pós-guerra, as teorias de cunho estritamente biológico voltam a perder espaço, em parte por não cumprir a promessa de resultados, em parte pela associação incômoda às teorias eugênicas que culminaram nos horrores do Holocausto. Nesse período, ganham “destaque as teorias de cunho moral humanista como a Psicanálise, a Fenomenologia e a Antipsiquiatria (Aguiar, 2015, p. 232).

No final do século XX, mais uma vez, a corrente neurobiológica retoma a dominância do campo. “A chamada psiquiatria biológica representante desta última retomada ascende como vertente hegemônica nos Estados Unidos, em 1980, a partir da publicação do DSM-III” (Aguiar, 2017, p. 890). Essa visão é compartilhada por Shorter (1997) que afirmará que “nos anos 1970, a psiquiatria biológica voltou triunfalmente à cena, substituindo a psicanálise como paradigma dominante e trazendo de volta a psiquiatria ao seio das demais especialidades médicas” (Shorter, 1997, p. 239). Zorzaneli et al. (2013) discutem o aprofundamento dessa perspectiva, explicitada em 2013, às vésperas da publicação do DSM-V, quando, nos EUA, o então presidente do *National Institute of Mental Health (NIMH)*, Thomas Insel, questionara publicamente a validade científica do DSM, sustentando a ideia de que o sentido de validade científica “é o de uma inscrição biológica definida” (Zorzaneli, 2013, p. 329). Para Insel, “transtornos mentais são distúrbios biológicos que envolvem circuitos cerebrais relacionados a domínios específicos da cognição, emoção ou comportamento” (Insel, 2013 apud Zorzaneli, 2013, p. 329).

Por outro lado, sobretudo, nas últimas duas décadas, estudos na interface entre neurociências, psiquiatria social e diferentes abordagens psicoterápicas, incluindo a psicanálise, vêm apontando a importância de diferentes fatores ambientais na gênese e no desenvolvimento dos transtornos mentais, assim como das interações deles com fatores genéticos (Johnson, B.; Mosri, D. 2016; Mantilla, 2017; Solms, 2017; Pearse, 2020; Dimitriadis, 2023). As contribuições advindas da neurobiologia e das ciências naturais têm sido cotejadas em diálogo profícuo e inovador com outros campos, relacionados às ciências humanas, às psicoterapias e à psicanálise.

#### 1.4.2 A psicanálise

Assim como na psiquiatria, a história da psicanálise é marcada pelo convívio, muitas vezes turbulento, de diferentes pontos de vista, entendimentos e paradigmas.

Criada em Viena, no final do século XIX, a psicanálise surge da curiosidade e do empenho do jovem médico Sigmund Freud em compreender e tratar uma gama de sintomas neurológicos, que não se mostravam passíveis de explicação pela lógica da anatomia e da semiologia médica (Freud, 1893/2023; Freud e Breuer, 1893-1895/2016).

A proposição de que os sintomas das chamadas histéricas traziam em si a marca simbólica de um evento traumático, de cunho sexual, é a ideia fundadora da psicanálise. “A constatação da diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras que se oferece à escuta, coincide com a própria elaboração dos conceitos psicanalíticos” (Moretto, 2019, p. 48). A partir dessas concepções iniciais, inúmeros desenvolvimentos e torções, envolvendo a teoria e a técnica, constituirão o vasto e polimórfico campo da psicanálise.

Mezan (2014) retoma a história cronológico-epistemológica da psicanálise, a partir do pressuposto de que, da raiz freudiana (o tronco), surgem os ramos que atualmente a constituem. O autor postula a existência de quatro períodos distintos, sumarizados no quadro abaixo:

Quadro 1: Períodos da história da psicanálise (Mezan, 2014, p. 48-53).

## 1º. Período – 1895-1918 – “o pensamento de Freud”

“Nessa época, psicanálise é essencialmente sinônimo de ‘pensamento de Freud’. (...) Durante esse período, Freud escreve os textos que servem ainda hoje de fundamento para a disciplina, nas quatro vertentes que a compõem (metapsicologia, teoria do desenvolvimento, psicopatologia e teoria do processo analítico)”.

## 2º. Período – 1918-1939 – “a era dos debates”

“Esta fase se caracteriza pela presença simultânea da figura de Freud - e (...) de focos de produção psicanalítica autônomos. (...) O resultado dessas constelações é o surgimento de debates importantes - acerca de questões teóricas, clínicas e institucionais, enquanto anteriormente predominavam as discussões entre a psicanálise e o meio exterior (psiquiátrico, filosófico, psicológico) (...) A novidade desta segunda fase (está na) formação de correntes de opinião, que serão as bases das escolas propriamente ditas”.

## 3º. Período – 1940-1970/75 – “a era das escolas”

“A psicanálise apresenta-se dividida em tendências que seguem uma evolução própria (...) formam-se núcleos de teorização divergentes e maneiras estandardizadas de praticar a análise”. (...) Pode-se dizer que se organizam em quatro grandes correntes: a psicologia do ego, a tendência kleiniana, a escola das “relações de objeto” e o lacanismo”.

## 4º. Período – 1975/80 – até hoje – “a era pós-escolas”

“Na atualidade se defrontam duas grandes vertentes da psicanálise. A primeira parece prolongar o período das escolas (...) nela encontramos os ortodoxos de todos os matizes, olímpicamente infensos ao que não seja o seu credo de origem. (...) A segunda vertente é constituída por autores que têm em comum mais uma postura que uma ligação doutrinal. São aqueles que ou transitam por diversos campos ‘escolásticos’ para, com o resultado dessas excursões, construir seu pensamento (por exemplo, André Green e Joyce McDougall), ou então escolheram trilhar uma trajetória própria, um pouco à margem das escolas institucionalizadas (por exemplo, Conrad Stein, Piera Aulagnier, Wilfred Bion, Heinz Kohut, Christopher Bollas”.



Do ponto de vista epistemológico, o que se observa é que, à medida que cada ramo da psicanálise se desenvolve, uma complexificação maior do campo se instaura. Diferentes concepções e visões vão se organizando em torno de novos desafios e exigências da clínica ou fruto do próprio debate interno ao campo.

Segundo Bleichmar e Bleichmar (1982),

---

“a partir das bases estabelecidas por Freud, (...) a teoria psicanalítica seguiu seu desenvolvimento, focalizando novos problemas, com mudanças e descobertas constantes. Foram criados outros modelos de mente e da relação de objeto, da fantasia inconsciente e do desenvolvimento psicológico. Ampliou-se o espectro dos pacientes acessíveis ao método psicanalítico (psicóticos e limítrofes) e dos fenômenos que são abordados (problemas caracterológicos, estruturas narcisistas etc.). A ideologia psicanalítica variou de uma perspectiva mais psicopatológica, destinada a resolver sintomas, até um trabalho de maior aprofundamento na estrutura da personalidade, que possibilita ampliar perspectivas vitais e aumentar a criatividade do indivíduo” (Bleichmar; Bleichmar, 1992 apud Mezan, 2014, p. 59).

---

Em um interessante paralelo com o conceito de *estilo de pensamento* de Fleck, Mezan (2014) propõe o uso da noção de paradigma, de Thomas Khun, para organizar o robusto arsenal teórico psicanalítico.

O *paradigma* diz respeito a tudo aquilo que caracteriza um sistema *per se*, a partir da escolha do que será priorizado na observação dos fenômenos da vida, sendo assim, serve para “designar uma matriz teórica, que produz objetos de investigação, conceitos, hipóteses, teorias regionais, métodos etc.” (Mezan, 2014, p. 64).

Ao retomar a proposição de Greenberg e Mitchell, segundo a qual na psicanálise existiriam dois paradigmas: o pulsional e o relacional (ou objetal), Mezan (2014) propõe a existência de um terceiro *paradigma*, chamado subjetal, segundo ele, decorrente das transformações teóricas introduzidas por Lacan.

Da mesma forma que na psiquiatria, *coletivos de pensamento* se organizaram em torno de determinadas ideias, também na psicanálise diferenças importantes separam grupos de pensadores, muitas vezes, trazendo importantes desafios ao diálogo.

Enquanto no paradigma pulsional, por exemplo, a concepção filosófica de que “o homem é basicamente um ser de impulsos e paixões elementares, que buscam satisfação e descarga” (Mezan, 2014, p. 68) determina o campo ético e técnico relacionado à escuta e à intervenção, o paradigma objetal, por sua vez, tem como pedra angular a relação de objeto e a concepção filosófica de que “a experiência humana não é moldada pelo jogo das pulsões, mas pela forma como se organizam as primeiras relações do bebê com outros seres humanos”

(Mezan, 2014, p. 69), determinando, conseqüentemente, escolhas distintas no campo da clínica. De maneira similar, o paradigma subjetal, ao propor a “alienação interna do sujeito, como consequência da identificação especular e de sua inscrição na cultura” (Mezan, 2014, p. 71), incide de maneira radicalmente diferente nas escolhas éticas e técnicas do psicanalista.

Por fim, as zonas de tensão no âmbito da psicanálise incluem a existência e o convívio com outras vertentes psicodinâmicas, frutos de embates e dissidências no interior do próprio campo psicanalítico. Ellenberger (1970) revisa detalhadamente os principais pontos de divergência da psicanálise com a Psicologia Analítica, de Carl Gustav Jung (Ellenberger, 1970, p. 657-758), com a Psicologia Individual, de Alfred Adler (Ellenberger, 1970, p. 571-656) e com a Análise Psicológica, de Pierre Janet (Ellenberger, 1970, p. 331-457).

#### 1.4.3. As ciências

Além das tensões em diferentes zonas de interface, a psicanálise enfrentara, desde seus primórdios, um intenso debate com as ciências, sendo endereçadas a ela (psicanálise) questões e julgamentos sobre os quais nos deteremos agora.

Dentre as mais duras críticas à psicanálise, estão as oriundas do positivismo lógico, para quem a psicanálise não corresponde, por diferentes motivos, às exigências de cientificidade. De diferentes maneiras, seus principais representantes concluem que a psicanálise não é uma ciência “porque seu material de investigação adere à relação singular do analista e do analisando. Além do mais, há sempre uma suspeita de que a interpretação, por falta de procedimento comparativo e de investigação estatística, seja imposta aos fatos pelo intérprete” (Japiassu, 1998, p. 46).

Enquanto Popper questiona especificamente o caráter interno às teorias psicanalíticas, sua impossibilidade de falseabilidade e refutabilidade, Wittgenstein questiona o caráter persuasivo e sedutor da própria interpretação psicanalítica no interior da relação que se estabelece entre analista e analisando, recolocando “a questão das frágeis fronteiras entre uma ‘explicação científica’ e uma ‘explicação estética’” (Japiassu, 1998, p. 54).

Também os psicólogos behavioristas cobraram da psicanálise a adequação e o cumprimento de regras de uma linguagem operacional. Skinner exigirá da psicanálise a redução do seu campo de observação a aspectos mensuráveis e comparáveis do comportamento. “A crítica skinneriana pretende reduzir a psicanálise à psicologia do comportamento. Pretende também reduzir a interpretação psicanalítica à construção de uma teoria destinada a ser verificada por observáveis” (Japiassu, 1998, p. 47).

O enfrentamento dessas críticas tem ocorrido de diferentes maneiras. Iannini (2017) afirmará que, no caso da psicanálise, “a obediência a cânones metodológicos da ciência estabelecida é inversamente proporcional à densidade ontológica do objeto descrito” (Iannini, 2017, p. 123). Segundo ele, a psicologia científica inerente às psicoterapias cognitivo-comportamentais opta pelos cânones metodológicos das ciências experimentais, todavia, seu “sucesso metodológico depende da perda de toda densidade ontológica do objeto descrito” (Iannini, 2017, p. 124). Segundo Beer (2017), Iannini propõe que a psicanálise

---

“partilharia uma visão científica – podendo, assim, ser incluída na ciência -, mas, por outro lado, apresentaria uma irredutibilidade de seus objetos e enunciados – colocando-se, assim, em uma inclusão externa” (Beer 2017, p. 41).

---

A ideia de psicanálise como “ciência êxtima” (Iannini, 2007) é sintônica com a proposição freudiana, presente na conferência de 1933, “*Acerca de uma visão de mundo*”, em que ao defender a visão de mundo científica como norte para a psicanálise, Freud ressalta, por outro lado, o compromisso dela em tomar o “psíquico” como objeto de investigação científica, assumindo as complexidades e os desafios que essa proposta implica.

---

“O intelecto e a psique são objetos da investigação científica, exatamente como qualquer outra coisa não humana. A psicanálise tem um direito especial de falar em nome da visão de mundo científica neste ponto, já que não pode ser acusada de haver negligenciado o psíquico no quadro que faz do mundo. Sua contribuição à ciência consiste exatamente em estender a investigação à esfera psíquica. Sem uma psicologia desse tipo, a ciência ficaria muito incompleta” (Freud, 1933/2010, p. 323-324)

---

De outra perspectiva, alguns autores optam ainda por explicitar a fragilidade epistemológica com que, muitas vezes, as ideias de ciência e de psicanálise são tomadas. Dunker (2017), em uma série de videoaulas sobre o tema (Falando Nisso 126, 127, 128, 129, 324, 328, 329), propõe um debate público sobre as relações entre psicanálise e ciência, retornando às questões filosóficas primordiais entre ambas e, de certa forma, democratizando um debate cujo interesse incide no âmbito das práticas clínicas de maneira contundente. A reflexão filosófica acerca das noções de ciência, levada para além das cátedras de filosofia da ciência, pode funcionar como antídoto para simplificações e reducionismos.

De maneira didática, por meio do conjunto de vídeos acima, Dunker propõe uma exegese do conceito de ciência, desde sua gênese filosófica, na Grécia Antiga, na oposição entre *doxa* e *episteme*, passando pelo surgimento da noção de método, na modernidade cartesiana, e

sua acepção experimental, com Galileu e Copérnico, alcançando as contribuições de Kant, no século XVIII, na distinção entre metafísica e ciência e, finalmente, chegando à proposta da dicotomia entre ciências naturais e ciências humana, com Rickert, Windelband e Dilthey, no final do século XIX. Por meio da reconstituição epistemológica do conceito de ciência, a própria unicidade do seu sentido está posta em xeque.

Em paralelo, se cotejamos a metáfora de Mezan (2014), em que a psicanálise aparece como uma árvore, cujo tronco seria o pensamento freudiano e os ramos, as diferentes escolas e demais derivações constituintes do campo psicanalítico, também a psicanálise não poderá ser compreendida como unicidade. Sendo assim, resta esclarecer de que psicanálise e de que ciência se trata quando se afirma que a psicanálise é ou não é uma ciência.

Outros autores preferem se aproximar dessa questão epistemológica de outra maneira. Para eles, prevalece a ideia de que não interessa à psicanálise o *status* de ciência, sendo possível e suficiente supor que ela se aproxime mais dos campos da estética ou da hermenêutica e que basta para o campo psicanalítico o compromisso com uma crítica interna à própria teoria e ao próprio método.

Japiassu (1998), por exemplo, retomará a ênfase dada por Laplanche à eterna posição autoteorizante e autossimbolizante do homem, destacando o caráter terapêutico e curativo desse contínuo trabalho psíquico sobre as simbolizações originárias. Segundo Japiassu (1998), é

---

“por causa da importância dessa atividade de simbolização, não somente na análise, como meio terapêutico, mas como um modo de constituição dos seres humanos, que muitos autores situam a psicanálise, preferencialmente, ao lado das disciplinas hermenêuticas, recusando-lhe o estatuto de ciência, pois elas seriam um saber indo além e diferente do saber propriamente científico” (Japiassu, 1998, p. 35).

---

Recentemente, o livro de Paulo Beer (2017), *“Psicanálise e ciência. Um debate necessário”* traz nova e importante contribuição ao tema. O autor problematiza os riscos das posições de autoexclusão da psicanálise nos diferentes debates contemporâneos com a ciência, propondo como ponto central *“as possibilidades de diálogo e interseção entre os dois campos. Isso significa, especialmente, uma tentativa de atualização do debate, buscando-se tanto as ideias em vigor no lado da filosofia da ciência como teorias atuais na psicanálise”* (Beer, 2017, p. 20).

Beer (2017) retoma as principais frentes do debate, realçando como *questão estratégica* a presença da psicanálise nas diferentes mesas de negociação. O autor enfatiza o

---

“peso de que a questão da cientificidade parece gozar na atual organização do debate a respeito da escolha de tratamento em políticas públicas em saúde mental, além do respaldo que traz à legitimação de práticas interventivas nesse campo de um modo geral – não somente em suas incidências públicas” (Beer, 2017, p. 20).

---

As ideias de que “não é possível jogar se não estivermos sentados à mesa” e de que “encontrar pontos possíveis de diálogo e troca é a melhor opção para os dois lados” (Beer, 2017, p. 30) estão em consonância com o pensamento de Löwy, segundo o qual “a circulação das ideias entre os *coletivos de pensamento* é uma fonte de inovação nas ciências e na sociedade” (Löwy, 1994, p.11).

Como demonstração desse esforço de diálogo, um dos pontos centrais do livro está na apresentação do enfrentamento da crítica de Adolf Grünbaum à psicanálise, em que o autor aponta uma suposta não confiabilidade das construções teóricas psicanalíticas (Grünbaum trabalha especificamente com as primeiras teorias freudianas, como os sonhos, a associação livre e a histeria) decorrentes, sobretudo, de uma circularidade conceitual, um “argumento da adequação (*tally argument*) –, no qual haveria uma correspondência produzida pelo analista entre suas interpretações e a causa dos sintomas do paciente, e essa circularidade seria responsável pela aparente cura” (Beer, 2017, p. 133).

É na apresentação da trajetória de outro pesquisador, Howard Shrevin, em um longo diálogo com as críticas de Grünbaum, que Beer (2017) apresenta um exemplo contundente da possibilidade de validação experimental da psicanálise, baseada em provas extra clínicas.

O mérito maior do livro de Paulo Beer parece estar na defesa das possibilidades de diálogo entre diferentes saberes que participam do campo da saúde mental, no exemplo anterior, psicanálise e neurociências, sem que se estabeleça nenhum tipo de hierarquia epistemológica ou metodológica.

#### 1.4.4. O convívio entre psiquiatria e psicanálise ao longo da história

A recepção e assimilação da psicanálise no campo da psiquiatria é objeto de inúmeros estudos sobre as particularidades desse processo em diferentes lugares, culturas, épocas e campos do saber (Freud, 1914/2012; Gay, 1988; Jones, 1989a.; Roudinesco, 1986; Oliveira, 2006; Eizirik e Foresti, 2019).

Freud (1914/2012) afirma que “o primeiro reconhecimento oficial que a interpretação de sonhos e a psicanálise tiveram na Europa foi-lhes concedido pelo psiquiatra Jelsersma, reitor

da universidade de Leyden, em seu discurso de 9 de fevereiro de 1914” (Freud, 1914/2012, p. 280).

Entretanto, as relações propriamente ditas entre Freud e os psiquiatras se iniciaram antes disso, por meio da estreita comunicação estabelecida entre os psicanalistas do círculo de Viena e os psiquiatras do Burghözli, Hospital Psiquiátrico da Universidade de Zurique, dirigido por Eugen Bleuler, onde Carl Gustav Jung e Max Eitington eram médicos assistentes (Freud, 1914/2012; Roudinesco, 1986).

Freud reconhece, em sua “*Contribuição a história do movimento psicanalítico*” (1914/2012), a importância da receptividade de Bleuler às proposições da psicanálise, expressa, por exemplo, na fundação do “*Anuário de pesquisas psicanalíticas e psicopatológicas*”, colaboração entre Bleuler, Freud e Jung. Segundo Freud,

---

“a partir de então foi impossível, para os psiquiatras, continuar ignorando a psicanálise. A grande obra de Bleuler sobre a esquizofrenia (de 1911), em que a visão psicanalítica foi posta em pé de igualdade com a clínico-sistemática, representou o coroamento desse êxito” (Freud, 1914/2012, p. 274).

---

De fato, Bleuler reserva à psicanálise um espaço considerável em seu compêndio de psiquiatria, na sessão intitulada “*A respeito da posição da psicanálise e dos procedimentos psicanalíticos na psiquiatria*” (Bleuler, 1943/1985, p. 105-108). Apesar disso, sempre manteve clara independência de pensamento e parcimônia sobre as contribuições da psicanálise à psiquiatria (Bleuler, 1937, p. 347). O próprio Freud atesta tal posicionamento ao afirmar:

---

“pelo que sei, Bleuler, mantém que as várias formas de *dementia praecox* têm causa orgânica, e Jung, cujo livro sobre essa enfermidade aparecera em 1907, defendeu no Congresso de Salzburgo, em 1908, a teoria tóxica de sua origem, que não leva em conta a teoria libidinal, embora não exclua” (Freud, 1914/2012, p. 275).

---

Em outros países, a aceitação e a infiltração do pensamento psicanalítico no âmbito da psiquiatria, se deu (e ainda se dá) de formas distintas, enfrentando diferentes graus de resistência ou acolhimento. Freud destacara a situação particular da Alemanha onde a disciplina, desde o início, provocava “tanto em médicos como em leigos, manifestações de enfática rejeição” (Freud, 1914/2012, p. 282).

Assim, os rumos da psicanálise em seu processo de expansão e difusão sempre dependeram de fatores locais e circunstâncias específicas (Jones, 1989a; Roudinesco, 1986; Oliveira, 2006; Eizirik & Foresti, 2019). Um maior detalhamento histórico das diferenças

regionais foge ao escopo deste trabalho. Com a finalidade de avançarmos na delimitação da pergunta central da pesquisa, discutiremos especificamente aspectos da recepção da psicanálise nos Estados Unidos da América (EUA) e as repercussões desse processo em todo o mundo.

A entrada, assimilação e rápida expansão da psicanálise nos EUA – iniciada com a visita de Freud à Clark University, em 1909, e potencializada com chegada dos psicanalistas judeus em fuga da perseguição nazista, no segundo pós-guerra – afetou o campo da saúde mental em todo o mundo.

Diante disso, o alcance da psicanálise no âmbito da psiquiatria foi muito maior e mais rápido nos Estados Unidos do que nas outras partes do mundo.

---

“Por volta de 1960, quase todo cargo importante de psiquiatria no país era ocupado por um psicanalista. Havia vinte institutos de formação psicanalítica nos Estados Unidos, muitos afiliados a departamentos de psiquiatria das principais universidades. A Associação Americana de Psicanálise passou de 92 membros em 1932 (...) para cerca de 1500 em 1960” (Lieberman, 2019).

---

Se por um lado, a “disseminação da peste”, como se costuma referir à viagem de Freud à América, marcava o caminho sem volta da presença da psicanálise no mundo ocidental, algumas peculiaridades desse processo foram determinantes da situação nas zonas de interface entre psiquiatria e psicanálise na contemporaneidade.

Em carta a Schnier, Freud alertaria para a “tendência americana a transformar a psicanálise em uma simples empregada doméstica da psiquiatria” (Jones, 1989b, p. 300). Em nota acrescentada, em 1923, à “*Contribuição à história do movimento psicanalítico*”, ele afirmaria também que “na América do Norte, o aprofundamento da análise continua não acompanhando sua popularidade” (Freud, 1914/2012, p. 282). Com essas afirmações, Freud antecipava alguns dos conflitos que culminaram na criação, em 1980, do DSM-III, clímax da tensão entre as duas disciplinas no âmbito da psiquiatria, causa do “divórcio quase litigioso entre a psiquiatria e a psicanálise” (Szajnbok, 2013).

“Quase” litigioso porque, de fato, as relações entre a psiquiatria e a psicanálise não se restringem ao modelo experimentado pela psiquiatria americana, especificamente aquela situada entre o segundo pós-guerra e os anos 1980. Ali, a tentativa de integração absoluta dos dois saberes precipitou ambos no que Dunker & Kyrillos Neto (2011a) chamaram de “casamento psicopatológico da psicanálise e psiquiatria”.

Do ponto de vista epistemológico, a tentativa de “aplicação” maciça da psicanálise à psiquiatria, sobretudo, por meio da fúria explicativa dos transtornos mentais a partir de teorias

psicogênicas, deu a tônica da relação entre os campos. Nessa perspectiva, as proposições metapsicológicas e a ética própria à psicanálise, que pretendiam oferecer à subjetividade e ao sofrimento psíquico, um olhar ao mesmo tempo racional e singular, ancorado em aspectos particulares do sujeito e seu inconsciente, eram solapadas por explicações etiopatogênicas reducionistas e dogmáticas, adaptadas para finalidades médicas, diagnósticas e terapêuticas.

Essa mistura indiscriminada de pressupostos e objetivos distintos produziria um amálgama insustentável, que contribuiria junto a outros fatores (socioeconômicos, científicos e político-institucionais) para a guinada epistemológica ocorrida com a publicação do DSM-III e a expulsão dos referenciais psicanalíticos dos sistemas nosográficos norte-americanos.

---

“De 1980 a 1994, período que contempla a publicação dos DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV, assistimos desde a modificação da noção de etiologia psicogênica dos transtornos mentais e a substituição dos termos e jargões psicanalíticos, até a supressão definitiva do conceito de neurose, implementada com a publicação do DSM-IV, em 1994” (Leite et al., 2023, p. 156).

---

Lieberman (2019) afirma que dessa forma “a teoria psicanalítica foi banida para sempre do diagnóstico psiquiátrico e das pesquisas psiquiátricas” (Lieberman, 2019, p. 139).

As mudanças ocorridas no campo da saúde mental em todo o mundo foram evidentes. Russo e Venâncio (2006) ressaltam a globalização dos referenciais da psiquiatria americana, “confirmada na reformulação do capítulo relativo às doenças mentais da Classificação Internacional das Doenças, produzida pela Organização Mundial da Saúde” (Russo; Venâncio, 2006, p. 465).

A despeito dessas profundas transformações, vários autores têm insistido, por meio de diferentes ângulos de visão, na importância dos referenciais psicanalíticos para o desenvolvimento teórico e para o exercício prático da psiquiatria. Apresentaremos o que consideramos as principais linhas argumentativas nesse sentido.

Do ponto de vista das contribuições da psicanálise para os desenvolvimentos teóricos da psiquiatria, lembramos a afirmação do neurocientista Eric Kandel, no *American Psychoanalytic Meeting* (2011), de que a “psicanálise é a mais elaborada e matizada visão que temos da mente” (Kandel apud Plakun, 2012, p. 185). Em paralelo, o autor enfatiza a importância do diálogo entre biologia e psicanálise com vistas à criação de uma nova “estrutura intelectual” para a psiquiatria (Kandel, 1999). São considerações paradigmáticas de um tipo de argumentação que aposta no enfrentamento da incomensurabilidade entre *coletivos e estilos de pensamento* distintos, e no potencial do diálogo entre eles.



Nessa perspectiva, Kernberg (2002) e Plakun (2012) enfatizam a *expertise* da psicanálise na compreensão de mecanismos ambientais envolvidos na gênese de transtornos psiquiátricos e, portanto, das contribuições potenciais dela à epigenética e à psiquiatria. Segundo Plakun (2012),

---

“se a compreensão do impacto dos fatores psicossociais na mente e no comportamento das pessoas, constitui o cerne da riqueza conceitual da psicanálise, isto torna ainda mais importante que a psiquiatria e os psiquiatras se voltem mais uma vez para os conceitos psicanalíticos” (Plakun, 2012, p. 185).

---

Kernberg (2002) afirma que “os estudos psicanalíticos sobre o apego normal e patológico, bem como sua relação com a psicopatologia, poderiam complementar, de maneira significativa, a perspectiva neurobiológica dos sistemas afetivos” (Kernberg, 2002, p. 497).

O autor também retoma Kandel para reafirmar que a colaboração entre os campos pode ser útil na compreensão da

---

“natureza dos processos mentais inconscientes, das relações entre fatores ambientais e características psicopatológicas, das relações entre processos pré-conscientes/inconscientes com o córtex pré-frontal, da orientação sexual, das mudanças cerebrais a partir de psicoterapias e da psicofarmacologia como tratamento adjunto a psicanálise” (Kernberg, 2002, p. 497).

---

Ainda nessa linha argumentativa, diversos estudos no jovem campo da neuropsicanálise têm investigado, dentre outros temas, as correlações entre subjetividade e alterações biológicas, (Johnson e Mosri, 2016; Beer, 2017; Mantilla, 2017; Solms, 2017; Pearse et al., 2020; Dimiatridis, 2023) e vários estudos quantitativos têm enfrentado a questão da eficácia das psicoterapias de orientação psicanalítica no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos, com resultados favoráveis (Leichsenring e Ranbung, 2008; Fonagy, 2015; Leichsenring et al., 2015, 2023; Steinert et al., 2017).

A segunda linha argumentativa favorável à psicanálise no campo psiquiátrico, parte de reflexões clínicas. Ao observar o fenômeno da “resistência ao tratamento” em pacientes com transtorno depressivo recorrente, Plakun (2012) propõe que alguns conceitos psicanalíticos são de extrema importância para a compreensão de fatos clínicos no campo psiquiátrico.

A noção psicanalítica de trauma é retomada por ele ao discutir o reconhecido impacto de experiências adversas precoces na gênese de transtornos psiquiátricos e na resposta insatisfatória aos tratamentos biológicos. O autor cita estudos que associam experiências de

abuso sexual na infância com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e dependência de substâncias psicoativas (Kendler 2000 apud Plakun 2012) e com transtornos de personalidade (Johnson et al 1999 apud Plakun 2012). Outra contribuição, destacada por ele, é a transmissão transgeracional do trauma. Sobre ela, o autor afirma que “a metodologia da psiquiatria tem recentemente desenterrado evidências para observações psicanalíticas já conhecidas” (Plakun, 2012, p. 188)

Yakeley (2018) também discute a utilidade e a importância de conceitos como inconsciente dinâmico, mecanismos de defesa, transferência e contratransferência para a prática moderna de saúde mental, incluindo as contribuições deles para o cuidado e o manejo com pacientes, mas, também, para a gestão dos conflitos experienciados por equipes de saúde mental, em contextos complexos e desafiadores. Zoppe (2007), por sua vez, aborda a importância do ensino dos aspectos psicodinâmicos para residentes de psiquiatria. A autora destaca o desenvolvimento da capacidade de

---

“relacionar os mecanismos de defesa dos pacientes e suas repercussões no tratamento (...) a habilidade de identificar os sentimentos contratransferenciais e a integração dos aspectos transferenciais e contratransferenciais às condutas clínicas (...) a inclusão dos aspectos simbólicos na medicação” (Zoppe, 2007, p. 151),

---

dentre outras importantes aquisições. Pompili et al., 2002; Leite Netto e Lotufo Netto, 2012; Yakeley et al, 2014 discutem ainda o impacto da psicanálise para o desenvolvimento de habilidades de escuta, empatia e contato com as próprias emoções, no âmbito da residência médica em psiquiatria.

Por fim, alguns autores discutem as consequências negativas de uma menor abordagem, na clínica psiquiátrica contemporânea, dos aspectos subjetivos valorizados pela psicanálise (Dewald, 2000; Boyce, 2006; Andreasen, 2007). Gabbard (2018) retoma a noção de “pessoalidade” ao alertar para o risco da psiquiatria contemporânea se perder em generalizações e simplificações das propostas nosográficas atuais.

Como última linha argumentativa em defesa da manutenção dos referenciais psicanalíticos no âmbito da psiquiatria, destacamos a perspectiva psicopatológica.

Ao discutir os impasses teóricos e clínicos da nosografia psiquiátrica contemporânea, Pereira (2014) afirma que “as abordagens biomédicas, neurocientíficas, genéticas e psicofarmacológicas conduziram a um certo eclipse da problematização propriamente psicopatológica da clínica psiquiátrica” (Pereira, 2014, p. 1046). Nesse sentido, propõe que a

discriminação rigorosa entre nosologia/nosografia e psicopatologia é fundamental para o exercício ético da clínica psiquiátrica.

Ao recuperar a dimensão humana, perceptível na maneira radicalmente singular, como cada sujeito vivencia uma experiência psíquica, independentemente dos fatores biológicos envolvidos, o autor apresenta elementos que justificam a persistência dos aportes psicanalíticos no âmbito da psiquiatria, realizada em sua proposta de uma “*Psicopatologia sob a perspectiva do sujeito singular*” (2021):

---

“A teoria freudiana é aquela que provavelmente mais avançou em relação à necessidade de se estudar a patologia enquanto fenômeno relativo a um sujeito singular: a técnica da livre-associação sob transferência permite evidenciar as redes associativas relativas à produção das significações próprias a cada sujeito, o que faz com que jamais um sonho possa ser interpretável através de um ‘dicionário geral de sonhos’; as modalidades de satisfação erótica dependem da fantasia inconsciente de cada um; as ideias de ‘equação etiológica’ e de ‘séries complementares’ permitem conceber de forma individualizada a eclosão da patologia mental em um sujeito singular, sem que se necessite recusar a participação de fatores naturais nos processos nela implicados etc. Nesse sentido, a psicanálise, ainda que tradicionalmente não tenha formalizado explicitamente uma psicopatologia (...) orienta-se nesse campo precisamente por noções como as de conflito, de defesa e de satisfação erótica como necessariamente relativas a um sujeito singular. E mais: um sujeito encarnado corporalmente” (Pereira, 2021, p. 503-504).

---

Ainda sobre as possibilidades de interação entre psiquiatria e psicanálise, é importante ressaltar o trabalho do *Committee on Psychoanalysis and the Mental Health Field*, instaurado pela *International Psychoanalytical Association* (IPA), desde 2013, e cujos resultados foram reunidos, em 2019, no livro *Psychoanalysis and psychiatry – Partners and competitors in the Mental Health Field* (Eizirik; Foresti, 2019).

Nele, os autores discutem os diversos fatores que “têm alterado a relação entre a psicanálise e as disciplinas que constituem o campo da saúde mental” (Eizirik; Foresti, 2019, p. 1). Segundo os dados apresentados, fatores gerais, externos à psicanálise e fatores internos ao movimento psicanalítico, influenciados por diferenças regionais e locais, são considerados como determinantes de uma tendência geral a uma menor participação da psicanálise no campo da saúde mental, nas últimas duas décadas (Eizirik; Foresti, 2019, p. 1-4).

#### 1.4.5 A psicanálise no Instituto de Psiquiatria

O processo de criação do Serviço de Psicoterapia do IPq- HC/FMUSP ocorrera entre 1962 e 1965 (Alarcão, 2018), tendo como marco cronológico de sua inauguração o ano de 1963. Segundo Leite Netto e Lotufo Netto (2012), “fazia-se um esforço para corresponder a intenção do professor Pacheco e Silva de se verificarem as possibilidades de a psicanálise contribuir com a assistência aos pacientes psiquiátricos e com a formação dos psiquiatras” (Leite Netto; Lotufo Netto, 2012, p. 53).

Alarcão (2018) lembra que “o Serviço foi criado como um espaço institucional para a prática e para o saber em psicoterapia dentro de um dos principais hospitais psiquiátricos brasileiros” (Alarcão, 2018, p. 17), dirigido por Antônio Carlos Pacheco e Silva, renomado psiquiatra e “crítico da psicanálise, a corrente de psicoterapia mais relevante da época” (Alarcão, 2018, p. 17).

Como dito anteriormente, em um momento em que a psicanálise tinha grande força nos EUA e enfrentava resistências em vários outros contextos político-institucionais, Pacheco e Silva tinha posições ambivalentes com relação a ela, expressas na curiosidade “desconfiada” (Leite Netto; Lotufo Netto, 2012), nas confusões conceituais, de ordem epistemológica (Alarcão; Mota, 2019) e nas dúvidas sobre as potencialidades da relação com a psiquiatria (Alarcão; Mota, 2019).

As críticas aos “exageros” da psicanálise, ao seu caráter “sedutor”, à visão freudiana da sexualidade, alcançariam seu clímax, em 1970, quando, em sintonia com o momento mundial de ataques deliberados à psicanálise, Pacheco e Silva decide “alertar os incautos e clamar às autoridades para que ponham um paradeiro a uma das maiores e mais perniciosas mistificações deste século” (Pacheco e Silva, 1970, p. 12 apud Alarcão; Mota, 2019, p. 282).

A despeito de tais posições, o desenvolvimento do Serviço de Psicoterapia responderia, por outro lado, ao crescente interesse pela psicanálise em São Paulo, desde a segunda década do século XX, e no conseqüente fato científico e cultural que sua chegada ao país determinara. Acontecia, em São Paulo, algo semelhante ao que acontecera em todo o mundo ocidental. A psicanálise despertava interesse e fascínio, por um lado, e desconfiança e resistência, por outro. No IPq, esse fenômeno também se repetia.

---

“Até o início dos anos de 1980, ainda que pesasse uma propalada orientação organicista do Instituto de Psiquiatria, por conta da desconfiança sobretudo em relação à psicanálise por parte do próprio catedrático, a maioria dos estudantes de medicina que procuravam a psiquiatria estava interessada em psicoterapia, em particular na psicanálise, e logo se engajavam em formações

oferecidas pelas respectivas sociedades e institutos” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 53).

---

Outro aspecto relevante sobre as origens do Serviço de Psicoterapia é que suas atividades estavam estreitamente ligadas ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria e ao interesse dos jovens médicos residentes. Durante o estágio no Serviço de Psicoterapia, eles dariam “os primeiros passos na escuta e na tentativa de compreender o funcionamento mental” e aprenderiam a “auxiliar psicologicamente seus pacientes, o que (...) significa busca de autoconhecimento, de autonomia e de liberdade pessoal” (Leite Netto, 1999, p. 7).

O Serviço, por sua vez, tinha como diretriz a prioridade ao exercício prático e ao reconhecimento do papel da subjetividade humana na clínica. Assim, nunca pretendeu formar psicanalistas, psicodramatistas etc. (Leite Netto, 1999, p. 7-8), embora tenha acolhido ou sido o embrião do interesse de inúmeros psiquiatras pela psicanálise, em consonância com o papel postulado pelo próprio Freud para o ensino da psicanálise na universidade.

---

“É suficiente que ele aprenda algo *sobre e com* a psicanálise. Afinal, tampouco se espera que o estudo universitário transforme o estudante de medicina num cirurgião hábil; quem escolhe a cirurgia como profissão não pode escapar a vários anos de trabalho e especialização no departamento cirúrgico de um hospital” (Freud, 1919/2010).

---

Neste sentido, segundo Leite Netto e Lotufo Neto (2012),

---

“dos grupos de estudo e supervisão no Serviço, saíram grandes nomes da psicoterapia em geral em São Paulo e para outras partes do Brasil. Estes são os fundadores da Sociedade de Psicodrama e da Sociedade de Psicologia Analítica, muitos deles ainda envolvidos em atividades didáticas na Sociedade de Psicanálise de São Paulo” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 53).

---

A existência de um Núcleo de Psicanálise (NP) específico, dentro do Serviço de Psicoterapia é recente (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 58). Composto de psicanalistas de diferentes formações acadêmicas, desenvolve atividades teóricas e clínicas, como supervisão dos atendimentos em psicoterapia dos médicos residentes em psiquiatria (R1 a R4), atividades junto aos alunos de graduação em medicina (disciplina optativa na graduação de medicina – FMUSP e Liga de Psicanálise) e cursos de aprofundamento na interface entre psiquiatria e psicanálise.

O curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, de onde recortamos o objeto desta pesquisa, é uma destas iniciativas. Criado em 2011, por Oswaldo

Ferreira Leite Netto, Marcia Szajnbok e Gustavo Gil Alarcão, tem como objetivo fornecer aprofundamento teórico e clínico da psicanálise no âmbito da psiquiatria. Os alunos são profissionais de diferentes campos de saber (médicos, psicólogos etc.), interessados em implementar a escuta psicanalítica de pacientes em acompanhamento psiquiátrico, ampliando a compreensão dos fenômenos envolvidos para além dos diagnósticos psiquiátricos e dos tratamentos médicos propostos.

Constituído por uma parte teórica (aulas expositivas e seminários teóricos) e uma parte clínica (atendimento e supervisão semanais), o curso é anual, embora muitos alunos o frequentem por vários anos seguidos, visto que, a cada ano, o curso elege um novo eixo temático a ser desenvolvido nos seminários teóricos. Desde o início, em 2011, a procura tem sido constante e aproximadamente 150 alunos participaram do curso.

Uma parte considerável dos coordenadores dessa atividade é composta de psiquiatras cuja especialização médica foi realizada no Programa de Residência Médica do IPq. Vários desses “ex-residentes” tiveram sua primeira aproximação com a psicanálise no estágio do Serviço de Psicoterapia e, posteriormente, vieram a fazer formação em Institutos de Formação Psicanalítica. Atualmente, os reflexos desse trabalho, em zona de interface, aparecem em artigos, livros e apresentações em reuniões científicas no âmbito do IPq ou das sociedades de psicanálise (Leite, P.C.B.S., 2021; Martins, E.S.T., 2022; Leite, R.L., 2022).

### *1.5 Voltando à pergunta da pesquisa*

Por meio do caminho percorrido até aqui, percebemos que a psicanálise, enquanto campo do saber, tem uma história relativamente recente e que a recepção dela no âmbito da medicina e da psiquiatria, guarda, desde os primórdios até hoje, a marca constante da ambivalência e das tensões.

A radicalidade das proposições teóricas, metodológicas e técnicas em um campo que toca as discussões mais essenciais sobre a condição humana e o sofrimento psíquico, sempre despertaram curiosidade e fascínio, por um lado, e críticas e resistência, por outro.

Questionamentos relacionados à ênfase e à especificidade dadas por Freud à sexualidade na formação dos sintomas e do próprio aparelho psíquico, ou ao papel dos sonhos no âmbito da teoria, assim como indagações sobre a possibilidade de verificação e comprovação científica de suas hipóteses e do resultado de seus tratamentos, sempre inflamaram o debate nas zonas de interface entre a psicanálise e outros saberes.

Por outro lado, nesta relativamente curta “história da psicanálise”, ainda hoje se discutem possíveis formas de interação dela com a medicina e a psiquiatria, o que nos parece extremamente importante e necessário, e um dos motivos pelos quais se propõe esta pesquisa. O exemplo discutido anteriormente, da presença da psicanálise nos EUA, revela, por exemplo, um tipo de compromisso “semiológico/diagnóstico” da psicanálise com a psiquiatria, cujo desfecho levou a um distanciamento radical entre ambas, após a publicação do DSM-III, fato que entendemos ter provocado perdas para a teoria e prática no campo da saúde mental.

Dunker e Kyrillos Neto (2011b) fazem uma crítica importante àquele modelo de interação, e propõem como contrapartida que:

---

“a psicanálise tem uma contribuição específica a dar, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo, do singular e dos aspectos irreduzíveis a grandes leis gerais sobre sofrimento humano. Mas para isso terá que atravessar tanto a pertinência das objeções políticas quanto o rigor das críticas epistemológicas que se expressam na formulação do DSM-III, sem recuar para a posição anterior de compromisso semiológico diagnóstico” (Dunker; Kyrillos Neto, 2011b, p. 9).

---

Nesse sentido, diversos exemplos de caminhos inventivos nas relações entre psicanálise, medicina e psiquiatria têm sido propostos. São modelos que não negligenciam o que é incomensurável entre os saberes, mas não subestimam as contribuições imprescindíveis de cada um deles para o campo da saúde mental.

Quatro breves exemplos desses modelos, experimentados no âmbito das universidades brasileiras, encerram essa introdução: no primeiro, Moretto (2019), ao discutir, no âmbito da psicologia hospitalar, as relações entre medicina e psicanálise, propõe que “a consideração da antinomia radical entre Psicanálise e Medicina garante o encontro pacífico entre o médico e o psicanalista para o trabalho conjunto na instituição de saúde” (Moretto, 2019, p. 50).

Ao trabalhar no contexto de um Hospital Geral, no setor de transplantes de fígado (Moretto, 2006), a autora discute as contribuições do psicanalista ao abordar “a experiência do outro em si” a partir do transplante de órgãos. A autora propõe discriminações importantes para favorecer o diálogo na equipe: o objeto de observação do cirurgião, o organismo (fígado) *versus* o objeto de observação do psicanalista, o corpo pulsional; a intervenção cirúrgica *versus* a abordagem da experiência psíquica desencadeada por ela. Faz assim avançar um diálogo necessário no âmbito da clínica (Moretto, 2006).

No segundo exemplo, Pereira (2019) retoma a tradição médica hipocrática para abordar as potenciais contribuições da psicanálise à clínica, de maneira geral, e à clínica médica, mais especificamente.

Se por um lado, no contexto do exemplo anterior (psicologia hospitalar), mostrou-se útil a diferenciação entre “o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional” (Moretto, 2019, p. 48), ou ainda, entre o acontecimento médico e a experiência do paciente (Moretto, 2019, p. 53), a proposta de Pereira (2019) nos leva a indagar em que momentos ou contextos da história da medicina, a clínica médica prescindiu de considerar a importância da subjetividade e da singularidade de cada paciente na definição do que é considerado patológico. A discriminação entre a nosologia e a patologia, segundo o autor, deveria levar em conta aspectos subjetivos, cuja abordagem seria favorecida pelos aportes psicanalíticos.

Pereira (2019) relembra que

---

“a medicina e todas as práticas clínicas delas derivadas necessitam da ciência para operar, mas não se definem por serem elas próprias ‘ciências da cura’. (...) Ao contrário (...) a linhagem médica dita de Hipócrates constitui a Medicina Moderna como (...) *ars medica* (...) uma técnica/arte de curar” (Pereira, 2019, p. 830-831).

---

No terceiro exemplo, duas pesquisas realizadas no âmbito da Faculdade de Medicina da USP utilizam a metodologia qualitativa para a compreensão de aspectos subjetivos e socioculturais relacionados à prática médica. Apesar de não abordarem a psicanálise diretamente, enfatizam a importância da subjetividade e das influências socioculturais no âmbito da medicina e da psiquiatria.

Schraiber (1988) investiga a incorporação da tecnologia no âmbito da medicina liberal e as transformações na autonomia profissional e nos modos de atuação dos médicos (médicos “antigos” e médicos “novos”), em São Paulo, nos anos 1930 (Schraiber, 1988). Castellana (2019), por sua vez, aborda os dilemas do psiquiatra diante da decisão por internações involuntárias. O autor recupera aspectos centrais da subjetividade na prática psiquiátrica.

---

“Por vezes em situações corriqueiras da clínica fica menos evidente a limitação que uma prática exclusivamente baseada em protocolos genéricos do conhecimento científico traz para a intervenção. Nessas situações também são apagados com facilidade o valor do saber prático e a virtuosidade que reside em seu apelo e no apelo à reflexão ética na tomada de decisão” (Castellana, 2019, p. 140)

---



As conclusões de Castellana (2019) apontam para os desafios ao se abordar o “tema espinhoso” da subjetividade no âmbito da psiquiatria, o que o deixa “na maior parte das vezes relegado ao segundo plano na formação dos psiquiatras” (Castellana, 2019, p. 141).

Encerramos esta retomada de alguns possíveis modos de interação entre psiquiatria e psicanálise, revisitando o trabalho do Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia do IPq, incluindo o curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, objeto desta pesquisa. Destacamos como importante iniciativa, o trabalho de introdução à psicanálise para estudantes de medicina, sensibilizando-os para a importância da subjetividade e da singularidade na clínica. Tal iniciativa “desperta interesse pela vivacidade de um conhecimento e uma forma de considerar o homem e seus problemas mentais, que a alguns parecia superada e anacrônica” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 58).

Sobre as muitas e variadas iniciativas do núcleo de psicanálise, Leite Netto e Lotufo Neto (2012) entendem que não é possível

---

“abandonar esse esforço de transmissão a estudantes de medicina, médicos, e em particular psiquiatras. A medicina como um todo não pode perder sua dimensão de “arte”, seu aspecto de humanismo. Ela é sempre exigida, no cotidiano de sua prática, a dar respostas que vão além do conhecimento técnico e da prática impessoal. O médico atuante na clínica não vai atender a demanda de seus pacientes se não tiver uma competência de escuta e continência para questões emocionais e subjetivas” (Leite Netto; Lotufo Neto, 2012, p. 58).

---

Concluimos esta introdução, apostando que o trabalho reunido nos quatro últimos exemplos nos aproxima da justificativa desta pesquisa, que se ocupa em conhecer as circunstâncias, as motivações e os sentidos da existência de um *coletivo de pensamento*, que a despeito das resistências enfrentadas, não prescinde da psicanálise no âmbito da psiquiatria e da saúde mental contemporâneas.

Ainda que a psicanálise não seja o referencial teórico-clínico preponderante da psiquiatria contemporânea, ou sequer um aporte valorizado por grande parte dos psiquiatras, esse grupo insiste na importância da manutenção da disciplina no campo da saúde mental. É como se enxergassem que – tanto na resistência histórica de parte da psiquiatria à psicanálise, quanto na exclusão dos pressupostos psicanalíticos pós-DSM III – algo valioso para o campo da saúde mental estaria sendo “jogado fora com a água do balde” (Ravitz, 2017, p. 304).

Mas o que seria? E quem seriam esses que insistem em recuperar este algo “jogado fora”? Indagamos, ainda, que vivências e experiências, os têm feito escolher a psicanálise como referencial teórico-clínico, além de considerar como mais adequados, no contexto atual, os

discursos de ciência que contemplam o lugar da subjetividade e dos aspectos socioculturais na construção do saber científico? Por fim, como este grupo específico enxerga as relações entre psiquiatria e psicanálise ao longo da história e na atualidade? Eis as perguntas que almejamos responder.

## **2. Objetivos**

### *2.1 Objetivo Principal*

Compreender as circunstâncias, motivações e sentidos da presença dos referenciais teórico-clínicos psicanalíticos, por meio do curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, no âmbito da psiquiatria contemporânea praticada no IPq-HC/FMUSP.

A escolha do Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia do IPq e de seu curso de aprofundamento em psicanálise, como representantes da presença dos referenciais psicanalíticos no IPq, justifica-se por reunirem parte expressiva dos envolvidos com a psicanálise na Instituição e por se sustentarem como porta de entrada de profissionais de saúde mental, interessados no aprimoramento psicanalítico no âmbito da Instituição Psiquiátrica.

### *2.2 Objetivos específicos*

- Descrever as questões pessoais, clínicas, teóricas e sociais que podem influenciar o investimento formativo no referencial teórico-clínico psicanalítico do grupo de profissionais de saúde mental que compõem o curso.
- Identificar as percepções, ideias e conceitos psicanalíticos considerados pelos entrevistados como fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.
- Compreender as relações estabelecidas entre psiquiatria e psicanálise no âmbito do IPq, especificamente no Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia, a partir das experiências relatadas pelos participantes do curso.

### **3. Justificativa**

Do ponto de vista teórico-clínico, a identificação de fenômenos complexos e relevantes, percebidos pelo grupo específico de profissionais como mais bem observados a partir de aporte psicanalítico, e que possam estar sendo negligenciados no contexto da clínica psiquiátrica oficial, poderá favorecer o desenvolvimento de estudos maiores, relacionados à interface da psiquiatria com a psicanálise. Negligenciar tais fenômenos poderia levar ao empobrecimento do arsenal teórico e terapêutico da clínica psiquiátrica e das psicoterapias.

Do ponto de vista pedagógico e formativo, os resultados do estudo poderão contribuir para o planejamento e o desenvolvimento de atividades de ensino e formação de psiquiatras e psicoterapeutas, como por exemplo, elaboração de currículos mais adequados às necessidades formativas em saúde mental e desenvolvimento de parâmetros de seleção de profissionais (residentes, aprimorandos etc.).

Do ponto de vista específico da psicanálise, trará dados iniciais sobre o papel do espaço aberto no IPq-HC/FMUSP para a experiência teórico-clínica da psicanálise na cidade de São Paulo.

## 4. Metodologia

A presente pesquisa faz parte de um estudo empírico-fenomenológico (Andrade; Holanda, 2010), de base metodológica qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 47 (quarenta e sete) profissionais participantes do curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, realizado pelo Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia do IPq da FMUSP.

A existência desse curso permitiu a delimitação do objeto desta pesquisa e por meio dele foi possível produzir os dados empíricos que subsidiam as análises e conclusões.

### 4.1 *Por que metodologia qualitativa?*

Flick (1935/2009, p. 24) enfatiza a importância da metodologia qualitativa em saúde mental na abordagem científica de determinantes sociais e subjetivos relacionados às vivências de pacientes e profissionais. Apesar disso, Taquette (2016) lembra que

---

“a maioria dos estudos desenvolvidos na grande área das ciências da saúde utiliza o método quantitativo que é lógico, experimental e matemático, com predileção pelo fenômeno extenso, que cultiva pretensa objetividade e neutralidade, é hipotético-dedutivo, replicável e generalizável” (Demo apud Taquette, 2016, p. 524).

---

A metodologia qualitativa nasce no âmbito da sociologia e da antropologia com a finalidade de compreender o outro e interpretar suas vivências e experiências e integra o arsenal das abordagens compreensivas dos fenômenos observáveis.

---

“Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo (...), mas também, saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada” (Minayo, 2012, p. 623).

---

A partir dessa noção, enfatiza-se que a pesquisa qualitativa não tem como finalidade a generalização ou extrapolação do conhecimento produzido para contextos diferentes daquele em que é realizado. Seu objetivo é produzir uma descrição densa de um fenômeno social específico, limitado, e seu valor está na construção de conhecimento objetivo e claro – portanto,

científico, do ponto de vista das ciências humanas – sobre as significações e intencionalidades desse fenômeno. Mesmo que circunscrito e não generalizável, o fenômeno merece ser conhecido por constituir parte da realidade. Segundo Taquette, “as abordagens qualitativas buscam compreender essa realidade que os números indicam, mas não revelam” (Taquette, 2016, p. 525).

Ao considerar que a saúde é dependente de fatores socioculturais e emocionais, conhecê-los será fundamental e dependerá de modalidades científicas para esse fim. Nesse ponto, vale retomar o objeto de estudo desta pesquisa e lembrar que o sofrimento psíquico e as abordagens para seu tratamento são entidades complexas, multideterminadas, o que justifica a pertinência das modalidades de conhecimento compreensivas e da metodologia qualitativa para sua abordagem.

A presente pesquisa dá continuidade a um tipo de investigação desenvolvida na FMUSP, que utiliza metodologia qualitativa para a compreensão dos aspectos subjetivos e socioculturais relacionados à prática médica, a partir de entrevistas com médicos, tal qual os trabalhos realizados por Schraiber (1989) e Castellana (2019).

#### 4.2 Amostra

Trata-se de uma amostra não probabilística. Foram convidados 50 participantes do curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”. Desse total, 47 aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) – TCLE – para participação na pesquisa. Três participantes não aceitaram o convite, um deles alegando “desconforto” em falar sobre o curso, e outros dois participantes não responderam aos convites.

Os critérios de inclusão para a amostra são: participação regular no curso por pelo menos 1 ano, ocorrida até 3 anos antes da data da entrevista. Os entrevistados foram selecionados, levando-se em conta a formação (psiquiatras, psicólogos e outras formações) e a posição mais recente ocupada dentro do curso (aluno ou supervisor):

- 1) Supervisores: inclusão de todos os supervisores do curso (amostra de contingência  $n=18$ ), sendo 8 médicos psiquiatras, 1 médico não psiquiatra, 5 psicólogos e 4 psicanalistas leigos.
- 2) Alunos: a inclusão dos alunos seguiu o método de bola-de-neve (*Snowball*) a partir da indicação dos supervisores. Foram indicados e entrevistados 12 médicos psiquiatras, 9 psicólogos e 8 psicanalistas leigos ( $n=29$ ).

O critério para definição do tamanho da amostra foi o critério da saturação teórica (Nascimento, L.C.N. et al, 2018).

Entre os supervisores havia 10 homens e 8 mulheres. Entre os alunos, 17 homens e 12 mulheres.

#### 4.3 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal, parte delas presencialmente (n=21) e outra parte por videoconferência via Zoom (n=26), devido às restrições sanitárias decorrentes da pandemia pelo Covid-19. No momento inicial da pesquisa, 4 participantes colaboraram com um “piloto” da entrevista para adequação do instrumento. Foram entrevistados 2 alunos e 2 supervisores, sendo 1 psiquiatra e 1 psicólogo de cada grupo. As entrevistas foram gravadas após anuência dos participantes e transcritas por profissionais de um escritório especializado, sendo posteriormente revisadas por mim. A duração das entrevistas foi, em média, 53:55h, variando de 18:29 a 2:01:14h.

O roteiro pré-definido da entrevista semiestruturada era composto de 10 questões que permitiam ao entrevistado discorrer livremente (Quadro 2). Algumas questões serviam para aprofundar aspectos específicos não abordados espontaneamente pelo entrevistado e eram utilizadas apenas quando a fala espontânea não era suficientemente clara ou completa.

Quadro 2: Roteiro pré-definido de perguntas para entrevista semiestruturada.

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) Você poderia me contar como chegou ao curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”? Como soube dele e por que decidiu participar?</li><li>2) O que você buscava quando decidiu integrar esse curso, ou, em outras palavras, quais as suas motivações para isso? (Questão adicional quando as motivações não estiverem claras ou suficientemente exploradas)</li><li>3) Além dessas motivações principais já citadas, você pensaria em outras, secundárias, que o (a) trouxeram para o curso?</li><li>4) Voltando um pouco, você poderia me falar do seu interesse pela psicanálise? Como foi o seu percurso até aqui?</li></ol> |
|---|

- 5) Quais experiências de vida, pessoais, clínicas, teóricas, você considera relevantes para a sua opção teórico-clínica pela psicanálise? Poderia me dar alguns exemplos?
- 6) Você teve experiência de contato com outras linhas de psicoterapia? Poderia falar um pouco mais sobre isso?
- 7) Poderia me falar agora um pouco do seu interesse, percurso e experiência no campo psiquiátrico?
- 8) Pensando nas bases teóricas da psicanálise, que a constituem como um campo próprio dentre os que observam a subjetividade humana e o sofrimento psíquico, quais conceitos ou ideias centrais vêm à sua cabeça quando pensa na psicanálise? O que você compreende como essencial, constitutivo da psicanálise?
- 9) Poderia me falar como enxerga a relação entre psiquiatria e psicanálise dentro do chamado “campo psi”? O que sabe da relação histórica entre os campos e como pensa essa relação na atualidade?
- 10) Por que psicanálise no hospital psiquiátrico?

Além da entrevista, foram coletados dados biográficos e referentes à formação e experiência teórico-clínica prévias. Esses dados foram registrados em uma ficha complementar (Anexo 2).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (Certificado de aprovação - CEP 4.227.011).

#### 4.4 *Análise*

A análise dos dados levará em conta a metodologia de Análise do Conteúdo proposta por Bardin, especificamente a Análise Categórica Temática (Bardin, 2016, p. 125-171). Após realizar duas ou mais leituras de cada entrevista visando ao processo de impregnação pelo material coletado, foram selecionados os fragmentos significativos do discurso dos entrevistados que se referiam às perguntas da pesquisa, referentes aos 3 objetivos específicos, utilizando para essa finalidade o *software ATLAS.ti Version 9.1.3 (2089)*.

A análise foi realizada em duas etapas. A primeira incluiu leitura, seleção dos fragmentos significativos das 47 entrevistas (citações) e codificação de cada uma dessas citações por meio do *software ATLAS.ti*. (Soratto et al, 2020). Os códigos criados reúnem as citações com tema



comum, em resposta às perguntas referentes aos 3 objetivos específicos da pesquisa. Os códigos criados foram, por fim, organizados em 5 categorias temáticas principais.

A Tabela 1 apresenta como esse processo foi estruturado:

Tabela 1: Relações entre objetivos específicos, perguntas, códigos e categorias temáticas criadas.

<b>Objetivos Específicos</b> (p. 50)	<b>Perguntas do roteiro da entrevista</b> (p. 54-55)	<b>Quadros/tabela de Códigos</b>	<b>Categorias Temáticas</b>
1	4 e 5	Quadro 3 (p. 58-59)	Categoria Temática 1 – Motivações e determinantes da aproximação dos profissionais à psicanálise em si.
1	1, 2 e 3	Quadro 4 (p. 95)	Categoria Temática 2 – Motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.
2	6, 7 e 8	Tabela 2 (p. 105)	Categoria Temática 3 – Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.
3	10	Quadro 5 (p. 116-117)	Categoria Temática 4 – Motivações para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico
3	9	Quadro 6 (p. 128)	Categoria Temática 5 – Modos de compreender as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental

Nessa primeira parte da análise, foi escrito um resumo individual para as 47 entrevistas, a fim de construir um registro específico de cada uma delas. O registro contém uma síntese das respostas dadas pelos entrevistados para cada um dos objetivos específicos pesquisados e permite compreender a lógica interna da entrevista, e a ênfase dada aos diversos temas abordados. Assim, foi possível identificar, dentre os vários aspectos apontados por cada entrevistado, aqueles considerados relevantes e prioritários, sobre cada um dos temas investigados. Esse procedimento permitiu, além da análise horizontal dos temas, aquela que compara as entrevistas mediante a criação de códigos comuns, um aprofundamento vertical dos sentidos predominantes em cada entrevista.

A segunda fase da análise incluiu a organização dos dados por meio da revisão de cada um dos códigos e das 5 categorias temáticas (checagem de pertinência, ajustes ou eliminação de códigos e categorias inadequados). Para isso, códigos e categorias foram discutidos pelos 3 pesquisadores (pesquisador principal, orientador e coorientador). O pesquisador principal, responsável pela codificação e criação das categorias temáticas, apresentou aos dois outros pesquisadores (orientador e coorientador da pesquisa) as escolhas realizadas e elas foram revisadas quanto à pertinência e adequação. Lembremos que diferentemente do pesquisador principal, os outros pesquisadores são psiquiatras com outros referenciais teórico-clínicos (não psicanalistas). Essa diferença de referenciais favoreceu o rigor da análise de conteúdo e da validação externa dos resultados (Campos, 2004, p. 614), permitindo que os códigos e as categorias temáticas se ativessem essencialmente ao conteúdo dos depoimentos, evitando-se, assim, extrapolações ou vieses interpretativos.

Por fim, os dados encontrados foram interpretados, identificando-se os sentidos que deles depreendem em resposta às perguntas da pesquisa, sendo discutidos, levando-se em conta os referenciais teóricos de base.

## 5. Resultados

### 5.1 Objetivo Específico 1

O primeiro objetivo específico da presente pesquisa é *descrever as questões pessoais, clínicas, teóricas e sociais que podem influenciar o investimento formativo no referencial teórico-clínico psicanalítico do grupo de profissionais de saúde mental que compõem o curso objeto da pesquisa.*

Consideramos essa delimitação fundamental para compreender as circunstâncias, motivações e sentidos da busca pelos referenciais psicanalíticos no âmbito da psiquiatria praticada no IPq.

Dividiremos os resultados encontrados em duas categorias temáticas relacionadas às duas perguntas a seguir:

- Quais as motivações e determinantes da aproximação dos profissionais à psicanálise em si?
- Quais as motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”?

5.1.1 Categoria temática 1 – Motivações e determinantes da aproximação dos profissionais à psicanálise em si

O conjunto de respostas relativo à primeira pergunta está organizado no Quadro 3. Os 11 códigos criados representam as motivações para o investimento teórico-clínico em psicanálise. As diferentes cores do quadro reúnem códigos relacionados entre si e que, por isso, serão apresentados e discutidos conjuntamente ao longo do texto.

Quadro 3: Categoria temática 1 – Motivações para o investimento teórico-clínico em psicanálise (Códigos em negrito).

Códigos
1) Experiência de <b>Análise Pessoal</b>
2) Histórico de <b>Sofrimento Psíquico</b> pessoal
3) Demandas surgidas a partir da <b>Atividade Clínica</b>
4) Demanda por uma <b>Escuta Ampliada</b> para o sofrimento psíquico
5) <b>Interesse, curiosidade e sensibilidade precoces</b>

6) <b>Influências precoces</b> de pais, amigos, professores etc.
7) <b>Interesse, curiosidade e sensibilidade determinando a vocação profissional</b>
8) <b>Interesse por cuidar</b> do sofrimento psíquico
9) <b>Relação transferencial</b> e influência de supervisores e professores
10) Demanda surgida a partir de <b>Estudos Teóricos</b>
11) <b>Questões pragmáticas</b> relacionadas à vida profissional

#### 5.1.1.1 Análise pessoal e sofrimento psíquico (Códigos 1 e 2 da Categoria Temática 1)

A motivação da maioria dos entrevistados para investimento teórico-clínico em psicanálise passa pela experiência de análise pessoal (Código 1) e pelo que consideram os efeitos e impactos do método psicanalítico em suas próprias vidas.

---

Estão de acordo com Moretto (2009) para quem

“não é exatamente pela essência do que é a psicanálise que ela se torna alvo de elogios ou de insultos. É, geralmente, pela força de seus efeitos, sejam eles positivos ou negativos, que ela se faz presente como tema central nos distintos contextos em que as pessoas, cada uma ao seu modo, se empenham em transmitir algo de sua experiência com a psicanálise” (Moretto, 2019, p. 191).

---

Os entrevistados enfatizam as transformações vividas “na própria carne” como determinantes para essa escolha. Os depoimentos abaixo, de dois alunos do curso, uma analista leiga e um psiquiatra, exemplificam:

---

Você tem que ter vivido na sua própria carne. (...) Então é menos a coisa intelectual e mais a práxis. (...) Você precisa experienciar por dentro, de dentro essa experiência de análise. E aí assim, é lindo isso. É lindo. Eu pensei aqui numa imagem, né, é a aurora boreal. Você vê as cores, mas não identifica bem onde começa uma e onde termina a outra. De repente, você tá vendo o azul, mas é um verde e de repente é um verde, mas é um amarelo ou um meio esverdeado, porque diz que aí é a experiência emocional. Então você não... você pode falar de amor, você pode dar exemplos de amor, você pode contar dos amores mais remotos até os mais modernos, mas se você nunca passou por uma experiência de amor, o seu conto será um conto... nenhuma experiência. (Fragmento 01 – Analista leiga – Aluna)

Você lê Freud e digamos que não é tão claro assim, não é? Está aí, mas você precisa ver a máquina funcionando por dentro (através da análise pessoal) para conseguir ver o que estava escrito ali. (Fragmento 02 – Psiquiatra – Aluno)

---

Segundo o entendimento do grupo, essa experiência encarnada e essa visão interna do método psicanalítico dizem respeito à percepção dos efeitos do método psicanalítico em si mesmo e pelo reconhecimento de transformações consideradas importantes.

---

Responder isso sem dizer do efeito da psicanálise na minha vida é impossível. (...) o desejo de analista, ele foi crescendo e ele se sustenta eu acho que nisso mesmo, nos efeitos, primeiro, que eu senti em mim e que a gente escuta todo tempo. (...) Essa é uma das grandes questões da psicanálise, né, como que a gente comunica ou transmite os efeitos dela? (Fragmento 03 – Psicóloga – Supervisora)

---

Serão detalhadas as maneiras pelas quais os entrevistados compreendem que a psicanálise impactou a vida deles (Código 1), considerando esse processo conjuntamente com a segunda motivação indicada pelos entrevistados, as experiências pessoais de sofrimento psíquico (Código 2) ao longo da vida.

O guarda-chuva que se abre quando tratamos o sofrimento psíquico é amplo. Inclui transtornos psiquiátricos diagnosticados, experiências de perdas trágicas, lutos mais ou menos complicados, conflitos psíquicos decorrentes de questões relacionadas à sexualidade, a autoimagem e a desajustes nas relações interpessoais.

A seguir, apresentamos diferentes exemplos de narrativas em que os entrevistados associam variadas formas de sofrimento e vivências dos processos de análise pessoal, como determinantes do interesse pela psicanálise e da decisão de se aprofundar nesse campo.

#### 5.1.1.1.1 Experiências de sobrevivência

Iniciamos com os relatos de entrevistados que enfatizam, de maneira contundente, o efeito de processos psicanalíticos como determinantes da “sobrevivência” frente a experiências psíquicas, consideradas por eles, de extrema gravidade.

Os três fragmentos seguintes partem de entrevistados que mudaram suas trajetórias profissionais, de carreiras já consolidadas em direção à psicanálise, porque consideraram que as transformações vividas os fizeram sobreviver a experiências profundamente dolorosas, traumáticas e “enlouquecedoras”. A escolha da psicanálise como profissão, parte de um profundo reconhecimento das possibilidades dessa prática.

“Eu era um moleque muito louco” é destaque do depoimento de um psicólogo que descreve o profundo desamparo vivido na infância e adolescência. Ele relata duas experiências

de análise, a primeira, na juventude, compreendida como momento de continência “salvadora”, frente a um “psiquismo primitivo”, e uma segunda experiência, já durante seu processo formativo, em que se sentiu transformado, do ponto de vista psíquico.

---

A minha entrada da psicanálise foi via sofrimento. Eu não sabia o que era nada de nada. 17 anos, um garoto sofrendo e que procurei ajuda. (...) na primeira sessão, conversando com ela ali, abrindo as coisas, falando, eu lembro que eu falei pra ela, eu falei, “olha, eu acho que se alguém me ajudar, eu vou pra frente”. Eu nunca mais esqueço disso. (...) A sensação que eu tenho foi de que ela salvou minha vida. Eu era um moleque muito louco. Muito. (...) E eu ia lá conversar com ela todos os dias e era alguém que me escutava e que me dizia alguma coisa que fazia sentido. Talvez, eu acho que foi (...) o primeiro contato que eu tive com alguém que conversou comigo. (...) A análise da X. (primeira psicanalista) teve uma coisa muito primitiva, teve uma coisa muito de colo (...) eu lembro que a X. falava muito pouco, mas ela me escutava e respondia precisamente assim, sabe? Mas assim, a sensação que eu tenho da minha vida é que ela (...) salvou a minha vida nesse sentido de eu enlouquecer. E a transformação aconteceu mesmo (...) com o Y (segundo psicanalista). O Y. me virou de cabeça pra baixo. A X. não me virou de cabeça pra baixo. A X. me deu um colo. (Fragmento 04 – Psicólogo – Supervisor)

---

Outro relato semelhante parte do depoimento de uma analista leiga, que destaca o potencial desorganizador da relação com o objeto materno primário e a transformação “salvadora”, vivenciada em análise.

---

A última análise (...) foi completamente transformadora, foi inacreditável o que que aconteceu nesses dois anos. Foi um mergulho no fundo do poço do poço do poço e eu saí... (...) transformada. Foi uma transformação muito forte. (...) Essa análise ficou reverberando na minha cabeça em vários sentidos. (...) E resultou em eu decidir estudar psicanálise pra querer entender o que que era aquilo tão fascinante. (...) Isso me despertou uma curiosidade imensa de entender que trabalho era esse, como que isso funcionava e estudar. (...) Eu me considero uma sobrevivente e uma sobrevivente à custa da psicanálise, sabe? Eu tinha uma mãe completamente biru... (...) minha mãe era muito louca. Muito louca. E eu tinha um embate com ela desde que eu me lembro como pessoa e a vida inteira. Então era muito, muito, muito difícil pra mim. (...) Então eu precisava disso, eu precisava de tratamento. (...) Eu sou uma sobrevivente por conta da análise, sabe? (Fragmento 05 – Analista leiga – Aluna)

---

Por último, outra entrevistada esclarece os meandros da “experiência criativa” vivida por meio da psicanálise que a possibilitara “continuar vivendo”, ante ao “horror” de uma experiência traumática na família.

---

Acho que a partir da minha análise tá tomando um corpo. (...) Como contar a experiência do horror? E talvez menos contar a experiência do horror, mas como continuar vivendo. Eu acho que esse continuar vivendo, aí os bons encontros que eu tive nas minhas análises, em especial essa última que eu estou com analista, com o meu analista, com o X., isso tem aparecido de forma muito viva. Diferente do Primo Levi então que, ao contar sobre os horrores, ele encontra uma saída que é o suicídio, mas quais outras saídas possíveis a partir dos horrores vividos? (Fragmento 06 – Analista leiga – Aluna)

---

Nos três relatos, a psicanálise aparece como método de tratamento, que confere suporte emocional e desenvolvimento de capacidades criativas para enfrentar situações psiquicamente desorganizadoras e paralisantes.

#### 5.1.1.1.2 Sofrimento psíquico em possíveis transtornos psiquiátricos

Destacamos agora, os profissionais de saúde mental entrevistados que, de maneira retrospectiva, compreendem como possíveis transtornos psiquiátricos os episódios de sofrimento psíquico que os levaram ao tratamento psicanalítico. Muitos deles reforçam que, à época do início desses tratamentos, não tinham conhecimento técnico sobre os campos psiquiátrico e psicanalítico, e, simplesmente, procuravam ajuda para seu sofrimento pessoal.

Os relatos seguintes não permitem assegurar a existência de diagnóstico psiquiátrico formal nos entrevistados. Entretanto, parece significativo que profissionais de saúde mental considerem essa possibilidade e as relatem espontaneamente quando indagados sobre as motivações para sua aproximação e adesão ao referencial teórico-clínico psicanalítico.

---

Eu comecei como paciente, como analisanda, né? Eu estava no quinto ano da faculdade, eu acho, eu estava num quadro depressivo, acho que no final do quarto ano (...) (A minha analista) era uma lacaniana, mas assim eu não sabia se era, eu nem me preocupava com isso (...) eu sabia só que ela me acolheu e me ajudou muito. (...) Eu cheguei na minha análise muito adoecida de sintomas mesmo. (...) Eu sinto que ela foi abrindo os caminhos, sabe? Acho que sem ela, eu não teria cogitado fazer psiquiatria, nem cogitado me abrir pra psicanálise. (Fragmento 07 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Eu precisei muito de análise, né? Sofrimento psíquico (...) eu entro pra minha análise muito deprimido, muito fragmentado, recolhendo cacos mesmo. (...) Foi um mergulho, né? E até hoje é, sabe? (Fragmento 08 – Analista leigo – Aluno)

---

Eu estava deprimido. Eu deprimi nos anos da residência. (...) Esse reconhecimento da minha subjetividade de que isso pode estar a serviço de

uma prática médica, psiquiátrica, psicanalítica, foi muito importante. (Fragmento 09 – Psiquiatra – Supervisor)

Eu fui fazer análise (quando) eu estava no cursinho, com questões minhas, acho que já era um começo aí de uma deprê assim, mas tinha o cursinho e o vestibular que era uma coisa muito... (...) então me segurava de algum jeito, mas foi quando eu procurei a minha terapia. (Fragmento 10 – Psiquiatra – Supervisora)

---

#### 5.1.1.1.3 Experiências traumáticas e lutos complicados

Outros entrevistados associam o interesse pela psicanálise aos efeitos e transformações decorrentes do método psicanalítico em situações traumáticas agudas, experimentadas ao longo da vida. No exemplo seguinte, o manejo da psicanalista, em um longo processo de análise, iniciada após uma tragédia familiar, na adolescência de um entrevistado, é descrito como decisivo em sua escolha profissional:

---

(Eu) tinha um irmão que (...) faleceu, teve um acidente de carro. (...) E aí, naquela época, eu fiquei muito mal, né, uma coisa superdifícil de lidar, enfim, e aí eu procurei uma análise. (...) eu comecei a fazer terapia. (...) ela era winnicottiana. Muito boa. (...) Acho que aprendi bastante, inclusive, com ela. Eu gostava de pensar sobre o que (ela) estava fazendo. (...) me trouxe assim essa capacidade de me ouvir. (...) O fato dela suportar várias coisas muito angustiantes para mim (...) uma coisa que me impressionou muito foi que ela precisou esperar muitos anos para eu poder falar alguma coisa. Eu, com 15 anos, ela teve uma paciência, nossa, quando eu fui ver depois, fui aprender sobre tudo isso, eu falei, nossa, que paciência que teve! (...) e eu pude perceber o quanto ela não forçar nada foi o que me permitiu abrir, poder falar. Foi viver na pele!” (Fragmento 11 – Psiquiatra – Aluno)

---

Esse reconhecimento mais tardio, *a posteriori*, do potencial da psicanálise na elaboração de experiências traumáticas é bastante comum nos relatos:

---

Tem uma história de acidentes de carro assim na história da minha família, muitos, com perdas muito graves e que também a psicanálise foi me ajudando a não fazer disso uma sina assim, porque tinha essa ideia de que a tragédia... que é coincidência, mas que enfim, foi uma coisa conjuntural. (...) Eu acho que tem uma coisa de ter tido experiências muito trágicas na minha vida pessoal (...) um nível de melancolia muito grande que contaminava a casa (...) então tinha toda uma coisa também de tentar entender que tipo de marca isso tinha deixado. (Fragmento 12 – Psicóloga – Supervisora)

---



#### 5.1.1.1.4 Conflitos intrapsíquicos e interpessoais: psicanálise, sexualidade e sofrimento

Muitos entrevistados relataram a importância da psicanálise na elaboração de dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais, destacando, sobretudo, aqueles no âmbito da família. Ressaltam a liberdade e autonomia adquirida em processos de análise e a aposta no método psicanalítico para abordar seus próprios pacientes.

---

Estava em conflito comigo mesmo, assim, conseguia identificar vários conflitos que eu tinha como pessoa e com a família também. Então sempre foram questões que eu gostaria resolvidas na minha vida, né? Aí eu fui fazer uma análise. (...) tinha muita angústia, dificuldades de relacionamento, principalmente com a minha família, com os meus pais e uma revolta (...) eu me sentia muito revoltada. Revoltada, angustiada. Eu não aceitava algumas situações da minha vida, que eu achava que tinham que ser diferentes, mas era muito da minha dificuldade de enxergar o outro, sabe? Hoje, eu percebo isso, que eu era uma pessoa muito egocentrada, assim, tinha umas feridas narcísicas mesmo, mas era dificuldade de adaptação minha angústia, principalmente. (Fragmento 13 – Psiquiatra – Aluna)

Eu entrei na psicanálise como paciente, desde muito nova, porque eu sempre fui muito perturbada, angustiada e tudo. (...) eu vim de uma família muito careta (...) conservadora, tradicional e tal. (...) vejo a psicanálise como isso, como uma condição de você estar atenta e não aceitar as coisas e estar sempre vendo se é isso mesmo, se questionando e indo além. Então foi isso que, pra mim, significa a psicanálise, uma libertação, assim, e uma condição de correr riscos, de voar e de pagar o preço e de se bancar, esse tipo de coisa. (...) uma memória que eu tenho da minha primeira análise, da minha primeira analista, quando eu pensei assim, “mas a gente pode pensar qualquer coisa, sabe? (...) A gente pode questionar”? Assim, sabe? Foi uma coisa tão incrível pra mim (...) foi uma explosão, assim, sabe? (...) Ninguém lê o nosso pensamento, pode pensar qualquer coisa, né? (Fragmento 14 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Nos trechos anteriores, os entrevistados demonstram e valorizam o desenvolvimento da capacidade de pensar e a liberdade de pensamento, considerados como conquistas por meio do método psicanalítico, caminhos para o autoquestionamento, para a elaboração de fenômenos psíquicos complexos (nomeados como feridas narcísicas, angústias, perturbações etc.) e para o enfrentamento de conservadorismos e limitações das possibilidades existenciais.

Nessa seara, as questões relacionadas à sexualidade receberam grande destaque. Diversos relatos evidenciaram a descoberta do papel da repressão sexual como fonte de sofrimento e a psicanálise como meio de tratamento, através do contato reestabelecido com o próprio desejo e do desenvolvimento da vida erótica e amorosa. O enfrentamento de preconceitos, de controles morais e religiosos e da homofobia foram enfatizados:

---

Eu fui criado numa cultura, numa família muito religiosa. (...) isso deixou muitas marcas, né? E eu fui percebendo, ao longo dos tempos, que essas marcas eram complicadas pra mim (...) culpa, por exemplo, e uma série de coisas, uma sensação de que eu estava sendo vigiado por uma entidade. (...) E a psicanálise, ela me ajudou, diferente das outras terapias que eu fiz, me ajudou a repensar toda essa questão da religião, da religiosidade (...) E eu vi que com isso eu comecei a me sentir muito mais livre pra poder ir em busca de coisas que antes, pra mim, eram inimagináveis (...) me abriu muitos caminhos pra pensar sobre a questão, tipo, da libido, da sexualidade. E tipo, de ter uma certa liberdade pra poder experimentar certas coisas justamente entendendo a partir de outros pontos de vista (...) No sentido da análise pessoal (...) vinha muito através de alguns questionamentos assim, “mas por que que não pode”? “Mas qual o problema”? (...) todas as barreiras que eu me colocava (...) pra não entrar em contato com o meu desejo. (Fragmento 15 – Psicólogo – Aluno)

Acho que foi um tanto pelo meu processo analítico que essa importância foi ficando mais evidente pra mim. (...) durou um bom tempo e foi bem marcante (...) aberturas, descobertas sobre mim mesmo. Como eu contei, eu tinha um ambiente familiar muito conservador e religioso. Então dá pra entender, assim, o papel da sexualidade como... desse contexto maior da sexualidade, como era vivido. Era vivido dentro desse registro. (Fragmento 16 – Psicólogo – Supervisor)

E eu tinha também as minhas questões, que muito tinham a ver com a sexualidade, com a homossexualidade (...) na medicina, não existia gay, assim, na minha faculdade (...) E essa questão da homossexualidade, essa aceitação do X. (supervisor), o fato do X. ser gay etc., tudo isso, de algum modo, contribuiu, colaborou, pra ir pra psicanálise. (...) Acho que a psicanálise foi indo pro lado das minhas angústias mesmo, assim, foi onde as minhas angústias, meus conflitos eram acolhidos, de algum modo. Eram acolhidos mesmo. Eram contidos, bionianamente falando, assim. Rolava uma continência ali pras coisas que eu pensava que eu tinha vivido, que eu sofria e etc. Ali, era possível transformar isso em matéria-prima pro exercício de uma clínica, assim, pra tentar ajudar o sofrimento do outro. (Fragmento 17 – Psiquiatra – Supervisor)

---

#### 5.1.1.1.5 Ganho de autonomia e diferenciação do outro por meio da psicanálise

Alguns entrevistados apontam a discriminação de si em relação aos outros (pais, família, sociedade) e os benefícios dessa maior autonomia como eixo da aproximação à psicanálise. Indicam esse processo como transformador, fonte de sentido para a própria existência. Para muitos entrevistados, esse processo motivara a escolha da profissão ou mudanças radicais de trajetória, caso dos analistas leigos.

Anteriormente, foram citados, de forma mais direta, os relatos que enfatizam o reconhecimento do desejo sexual, os caminhos para vencer repressões e preconceitos e a

assimilação das singularidades do erotismo. Aqui, serão apresentados os relatos em que se considera a percepção, por meio da psicanálise, de processos de identificação ao desejo dos outros (pais, familiares etc.) em processos fusionais. Os entrevistados enfatizam o desenvolvimento da capacidade de discriminação entre o “eu” e o “outro”, alcançado em processos psicanalíticos e, conseqüentemente, a conquista de maior autonomia e liberdade.

---

Basicamente, eu comecei a ver que na verdade eu nem queria mesmo estar no lugar que eu estava (...) tinha a ver com fantasias que eu tinha em relação ao que se esperava de mim. E aí, a partir da habilidade da minha analista, ela conseguiu fazer uma série de pontuações (...) que me mostravam que (...) minha família, né, meus pais, enfim, tinham uma expectativa específica ao meu respeito (...) o meu desejo com o desejo deles, tipo, era fundido, era muito confundido. E eu percebi que na verdade eu tinha feito um grande movimento pra chegar num lugar, mas que eu não sabia onde é que eu queria chegar. E quando eu cheguei lá, eu percebi isso. Digamos que a bolha da fantasia estourou e aí eu vi que não era nada daquilo que eu tinha imaginado. (...) não foi um, putz, tive um insight, sabe? Foi uma coisa que foi sendo... aos poucos, ela foi me atravessando e aí eu consegui essa coisa como se fosse uma linguagem mesmo que eu fui aprendendo. E eu comecei... a partir que eu... de começar a falar essa linguagem, eu comecei a perceber certas coisas sozinho. (...) E aí isso me fez ficar muito impressionado (...) eu acho que foi a primeira vez que eu entendi que eu não tinha tanto domínio assim sobre as coisas, que eu não tinha tanto controle sobre as coisas, sobre as minhas decisões. Então eu me senti fazendo um roteiro que não era meu, mas que era meu, né? E que isso tava acontecendo paralelamente à minha capacidade de perceber o mundo. Então isso me deixou tão surpreso. (...) me fez questionar tanto a minha racionalidade (...) eu falei, poxa, eu enxergo a vida de uma forma muito limitada e parece que essa outra forma de enxergar a vida me parece mais interessante. (Fragmento 18 – Psicólogo – Aluno)

---

Os ganhos decorrentes da elucidação de situações repetitivas, não percebidas, de atrelamento inconsciente ao desejo do outro, também foram referidos como fonte de valorização da psicanálise:

---

Eu percebia comigo. (...) Nas minhas escolhas amorosas, que culminou no meu ex-marido. (...) E eu não conseguia explicar e eu acho que esse que é o trabalho do analista que às vezes é tentar fazer o paciente pôr em palavras, porque não adianta, senão ele fica lá atuando. Então era aquilo de fazer, de pôr qualquer coisa, ficar com os caras só porque o cara queria. Uma histeria louca. (...), mas, infeliz, sabe? Tava supersofrendo. Então eu acho que nesse momento, quando eu tive o encontro com essa analista, eu acho que eu pude avaliar as escolhas amorosas. Quer dizer, ela pôde me apontar não ficar assim, ah, ele é um cara legal ou ele não é um cara legal. Era assim: “onde que eu estava nisso tudo”? “O que que eu estava fazendo”? (...) “O que que repete? (...) o que mais motivou foi a própria psicanálise e a experiência comigo. (Fragmento 19 – Psicóloga – Supervisora)

---

Outro entrevistado associa o reconhecimento do próprio desejo às mudanças concretas que passa a implementar em sua vida profissional, incluindo a mudança de trajetória em direção à psicanálise. Relata como superou o que compreende como “autoboicote”.

---

Acho que esse trajeto já seria impossível sem análise, né? (...) Não tenha dúvida. Isso não apareceu sozinho. (...) Aí há um momento na minha análise que isso (desajuste entre as escolhas profissionais e o próprio desejo) fica muito claro, materialmente claro, então eu saio de um campo em que eu percebo que eu tenho ferramentas à minha disposição e que elas eram usadas contra mim e dou um passo que é: bom, além disso, além de parar de usar essas ferramentas contra mim, de me machucar aí eu posso usá-las a meu favor, né? E com isso, claro, me realizar, né? Realizar desejos basicamente. (Fragmento 20 – Analista leigo – Supervisor)

---

5.1.1.1.6 Sofrimento psíquico em momentos de incertezas, desencontros e questionamentos existenciais

Alguns entrevistados associaram o interesse pela psicanálise à constatação da pertinência do método na elaboração de questões existenciais impactantes para eles, como indagações sobre a condição humana, reflexões sobre os possíveis caminhos ao longo da vida, além de situações de incertezas e desapontamentos:

---

Eu me apaixonei pelo que o Freud tinha a dizer sobre a condição humana. Foi isso que me fisgou e que tinha a ver com aquilo que eu vinha pensando sobre a minha condição e sobre essa dimensão do sofrimento, essa condição da infelicidade que não é algo... não é um vírus, não é uma bactéria que a gente pega e que a gente tira da gente. Eu acho que isso é a nossa condição mesmo. Eu acho que o Freud foi um autor que conseguiu exprimir isso e isso que me capturou. (...) o meu principal paciente continua sendo eu assim, eu continuo achando que a psicanálise, acima de tudo, é uma maneira de eu pensar a minha condição. (...) Eu fui pra psicanálise porque eu acho que ela tem algo a dizer sobre o meu sofrimento. (Fragmento 21 – Psicólogo – Aluno)

A psicanálise entrou na minha vida quando eu ainda estava na faculdade de medicina, enfim, em um ponto de questionamento da prática médica, alguns desapontamentos (...) eu estava um pouco perdida em relação a que rumo seguir na minha vida como um todo. Ela (a psicanálise) entrou meio sem... como que eu posso dizer? Sem eu saber muito bem pra onde eu tava indo na verdade assim (...) pra ser bem sincera, eu não conhecia nada praticamente sobre psicanálise, sobre a teoria. (...) E aí eu comecei de fato, fez bastante sentido pra mim durante a faculdade. (Fragmento 22 – Psiquiatra – Aluna)

---

#### 5.1.1.1.7 Apreensão do “modo de funcionar da psicanálise” a partir da análise pessoal e do próprio sofrimento psíquico

O último subgrupo de respostas são aquelas em que os entrevistados justificam sua escolha pela psicanálise a partir de compreensões particulares sobre o “modo de funcionar da psicanálise”, conquistadas na análise pessoal e no contato com o próprio sofrimento. O código “modo de funcionar da psicanálise” reúne os fragmentos significativos que elucidam esse processo.

Diante disso, optamos por apresentar, em maior detalhe, o trecho de uma das entrevistas (Entrevista 11), por considerá-la paradigmática desse processo de apropriação e escolha da psicanálise, e por entender que o entrevistado concatena variados aspectos presentes e dispersos ao longo dos vários depoimentos.

---

A coisa principal pra mim do meu interesse pela psicanálise são os efeitos diretos vivenciais e terapêuticos da minha análise pessoal. (...) (Eu) me identifico muito com esses pacientes que regridem de uma maneira muito intensa num consultório, no ambiente clínico eu quero dizer, porque isso aconteceu comigo, essas descrições que são do Winnicott, por exemplo, eu entrei numa depressão assim, transferencial (...) eu achava inacreditável como que eu podia carregar aquilo dentro de mim sem aquilo nunca ter aparecido explicitamente daquele jeito (...) eu fiquei super perturbado e eu já não tinha mais pra onde voltar porque uma vez que você vê essas coisas não tem jeito de você “desver” essas coisas e eu fui seguindo em frente como se fosse essa ponte que vai caindo atrás do seu pé, você só consegue ir pra frente, pra frente e o efeito disso sobre mim foi assim, profundo. (Fragmento 23 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O entrevistado traça um paralelo entre a intensidade da regressão transferencial observada em pacientes no seu consultório com aquilo vivido anteriormente por ele mesmo, e que, segundo sua compreensão, seria responsável por apresentá-lo a algo essencial e desconhecido do seu psiquismo, até o momento da realização do trabalho de análise pessoal. Esse algo que nunca havia “*aparecido explicitamente daquele jeito*” diz respeito ao campo inconsciente apontado pelo mesmo entrevistado, em outro momento da entrevista, como constitutivo do campo psicanalítico.

Ele segue detalhando o impacto do processo regressivo experimentado em sua análise pessoal, aquilo que nomeia como a “emergência do infantil”:

---

(A posição) regressiva, eu chamo assim, de você se tornar uma pessoa na sua sessão, insuportável pra si mesmo e pro seu analista em termos da necessidade de amor infantil que aparece e um buraco que você não consegue fechar de

jeito algum e que ao mesmo tempo você é um adulto olhando pra você tendo essas reações profundamente infantis e familiares e de nada na sua biografia conseguir te instruir em relação ao que tá acontecendo, você simplesmente ser lançado diante de você, ser empurrado a observar você tendo umas reações muito estranhas que você nunca imaginaria que você ia ter, acompanhado de uma tristeza profunda, de um sentimento de vazio e de ter desaparecido, de ter caído num buraco negro, né, que isso é uma coisa que eu falava muito, parece que eu caí num buraco, que eu tô num buraco negro, que você não tá me vendo, que você não gosta de mim, coisa... intensíssima assim, né? Isso com duas sessões por semana depois que as frequências foram aumentando. (...) isso que eu chamo de regressivo, a emergência do infantil. (...) então foi por necessidades analíticas, já que estava acontecendo uma coisa comigo que era tão surpreendente e perturbadora, como eu falei, sofrida. (Fragmento 24 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Entendemos que esse trecho esclarece como o entrevistado compreende seu processo de assimilação do inconsciente, ou seja, por meio da “emergência do infantil” e do efeito da transferência, ambos aspectos considerados centrais do método psicanalítico. O próximo fragmento, por sua vez, mostra como o efeito do método foi determinante nas escolhas e definições profissionais do entrevistado, dirigindo-o à psicanálise:

---

Essa experiência foi tão marcante, pujante, intensa, transformadora que eu não conseguia não ir assim, em direção à psicanálise no sentido de supervisão e de estudo teórico e de considerações técnicas clínicas, então sempre foi... girou muito, muito em torno desse meu começo de análise. (...) A teoria a mesma coisa (...) já que tem pessoas que estudam isso há 100 anos, assim, eu tenho que olhar o que essas pessoas escreveram, porque isso acontecendo comigo ao vivo e com o meu corpo e com os meus afetos e com minha mente... e se tem outras pessoas que viveram isso eu não vou conseguir não olhar o que elas pensaram e escreveram, então, de novo, eu colocaria experiência da análise pessoal no meio disso (...) como se fosse assim (...) tipo uma queda d’água, assim, um acidente natural como uma cachoeira que você vai colocar uma hidrelétrica lá depois e que vai transformar em outras coisas. O acidente natural, a força da natureza é a sua psique que funciona em transferência com o seu analista. (...) Não existe nada relacionado à psicanálise pra mim que não passe pela minha análise pessoal, pela minha necessidade de análise pessoal. É caro fazer análise, é caro pagar as sessões, é caro ir às sessões, é caro emocionalmente você encarar o processo analítico, mas custa muito mais você não fazê-lo. (Fragmento 25 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Outros depoimentos corroboram a interpretação de que a experiência pessoal é determinante para compreensão dos entrevistados, sobre o modo de operar da psicanálise e para o interesse por ela. Em inúmeros momentos, ressalta-se a curiosidade despertada por diferentes fenômenos vividos na prática e a convicção alcançada sobre a importância deles. Como, por exemplo:

- da transferência, sua valorização como instrumento essencial do método, o manejo pelo psicanalista e os efeitos decorrentes:

---

Na minha experiência como analisando, assim, eu acho que o diferencial porque, tipo, eu tive várias terapeutas (...) ao longo da vida, então acho que a experiência que eu tive de diferença, com psicanalistas, tem a questão da transferência, alguma coisa que os psicanalistas fazem, que eu só senti com psicanalistas, que é algo relacionado à transferência. E eu acho que é sobre o manejo da transferência. (Fragmento 26 – Psiquiatra – Aluno)

---

- Da especificidade da escuta psicanalítica: atenta aos tempos do sujeito, seu caráter não diretivo e consciente da importância do não atropelo das resistências.

---

Ela era winnicottiana. Muito boa. (...) Acho que aprendi bastante, inclusive, com ela. Eu gostava de pensar sobre o quê que (ela) estava fazendo. (...) O fato dela suportar várias coisas muito angustiantes para mim (...) uma coisa que me impressionou muito foi que ela precisou esperar muitos anos para eu poder falar alguma coisa. Eu, com 15 anos, ela teve uma paciência, nossa, quando eu fui ver depois, fui aprender sobre tudo isso, eu falei, nossa, que paciência que teve! (...) e eu pude perceber o quanto ela não forçar nada foi o que me permitiu abrir, poder falar. Foi viver na pele!” (Fragmento 27 – Psiquiatra – Aluno)

---

- Dos atos analíticos (intervenções, interpretações e modos de manejo na clínica)

---

Pra mim tem um efeito também de ver minha analista fazendo alguns tipos de intervenção e vendo ela funcionar comigo assim. Eu fico vendo assim, eu falo, nossa, realmente é bom e é importante isso daqui assim, sabe? (...) algumas práticas que a minha analista tinha assim comigo (...) alguns tipos de intervenção, que às vezes eu até lia ou até escutava falar, mas eu não fazia assim, porque eu ficava achando, “não, isso daqui acho que não deve funcionar”, ou achava às vezes muito duro com o paciente assim, algumas coisas do silêncio, etc. E vendo ela fazer e vendo o efeito que tinha em mim, eu pensava assim, nossa, me ajudou muito. Foi superimportante. Acho que é importante eu também poder me permitir fazer isso em alguns momentos pra ajudar os meus pacientes também. (Fragmento 28 – Psicólogo – Aluno)

---

#### 5.1.1.2 Atividade clínica e demanda por uma escuta ampliada do sofrimento psíquico (Códigos 3 e 4 da Categoria Temática 1)

A segunda grande motivação para o investimento no campo psicanalítico diz respeito às demandas emergentes das experiências vividas na atividade clínica. Tais experiências se



desenvolveram em diferentes momentos da vida profissional dos entrevistados, como atendimentos realizados durante a graduação em medicina ou psicologia, em programas de residência médica em psiquiatria ou, ainda, se tomamos a ideia de clínica de maneira mais ampla, em diferentes atividades em que a escuta do outro se faz necessária, como, por exemplo, na condução de atividades pedagógicas por educadores ou na mediação de conflitos judiciais por advogados.

Serão apresentados os resultados codificados como motivações decorrentes da “atividade clínica” (Código 3) junto aos codificados como demanda por uma “escuta ampliada” do sofrimento psíquico (Código 4). O código “escuta ampliada” diz respeito à busca de uma escuta que leve em consideração os diferentes aspectos do sofrimento psíquico (psicodinâmicos, sociais, existenciais etc.) para além dos aspectos neurobiológicos, cuja importância não é subestimada pelos entrevistados, algo identificado ao longo das entrevistas e codificado como “valorização dos aspectos neurobiológicos, objeto da psiquiatria”. Serão abordados os dois códigos (atividade clínica e escuta ampliada) conjuntamente, porque consideramos que contemplam motivações estreitamente conectadas.

Se, no item 1, os depoimentos diziam respeito às motivações para o investimento teórico-clínico em psicanálise, decorrentes da experiência pessoal (análise pessoal e contato com o próprio sofrimento psíquico) e, conseqüentemente, do reconhecimento dos efeitos da psicanálise em si mesmo, no item 2, destacamos a importância do que será chamado “intuição da potência da psicanálise”, a partir de percepções vivenciadas na atividade clínica, algo desenvolvido de maneira gradativa, durante o atendimento de pacientes ou em diferentes contextos de escuta do outro.

Como exemplo, no fragmento abaixo, a psiquiatra descreve o processo de ampliação gradativa da capacidade de escuta de uma paciente com queixa de disfunção sexual. A escuta inicialmente dirigida exclusivamente à queixa – o vaginismo – amplia-se à medida que diferentes aspectos, relacionados ao erotismo da mulher em questão, são considerados.

A psiquiatra destaca também a importância das contribuições do supervisor psicanalista ao apontar aspectos psicodinâmicos da paciente, percebidos na transferência, relevantes para a compreensão do caso. E finaliza considerando a “paciência” da analisanda com sua inexperiência clínica, naquele momento inicial de sua trajetória profissional.

---

O primeiro caso que eu peguei foi um caso de uma menina que tinha vaginismo (...) ela fazia, tipo, 30 mil métodos possíveis de..., sei lá, mil dildos que ela tinha que enfiar com tamanhos diferentes pra ver se alargava, se ela conseguia (...) aí eu achava estranho (...) não parecia que era essa a questão.



Mas, no começo, quando comecei a atender ela, eu achei que era essa questão. (...) Aí, na supervisão com o X (supervisor em psicanálise), ele vinha perguntando, né? Mas como é que ela é com você? Como é que é o jeito dela? Como é que ela é com as pessoas ao redor dela? Ele foi, tipo, indo em direção a uma outra coisa que tinha a ver com vaginismo, mas que não era só na vagina (...) E ela tinha um jeito mais fechado (...) ela era inteira uma 'pessoa vagínica', eu acho que lembro que foi essa a nossa discussão lá, né? Ela era uma pessoa impenetrável, não só em termos sexuais, como pessoa também. Na análise comigo ela era assim, né? E aí eu fui falando, hmmm, olha só, então é outra coisa que eu tinha que começar a per... né, fui indo pra outro caminho com ela, né? (...) Eu não sei como ela teve paciência comigo. (...) E aí na terapia, análise dela, foram aparecendo outros conteúdos que não eram só isso de, "ai, tentei transar, não consegui". ... começou a aparecer outras coisas na vida dela. (Fragmento 29 – Psiquiatra – Supervisora)

A seguir, especificaremos as “percepções clínicas” que se mostraram determinantes para o reconhecimento das potencialidades da psicanálise e para o investimento teórico-clínico dos entrevistados.

5.1.1.2.1 Cotejamento dos *aspectos singulares* versus *aspectos gerais* relacionados ao sofrimento psíquico.

Os dois trechos seguintes descrevem momentos em que as tensões entre esses dois aspectos são percebidas por profissionais de saúde mental, que passam a demonstrar interesse progressivo pelo que é próprio do sujeito, em detrimento das leis gerais sobre o sofrimento psíquico. Segundo o modo de compreender de ambos, em muitas situações, os aspectos singulares do sujeito não eram considerados nos diagnósticos psiquiátricos, fator gerador de insatisfação.

Teve um caso de um garoto que eu atendi (no ambulatório, durante a residência médica) (...) que veio angustiada, queria passar em consulta, né? (...) estava desanimado com a faculdade (...) risco de jubilar (...) muito desanimado, não acordava a tempo de ir pra aula (...). mas por outro lado ele fazia um estágio (...) que ele gostava muito, ele ia muito bem, tinha amigos lá, e tal, a (faculdade) ali era uma questão pra ele. E aí (...) tinha um aluno em psicologia, estava fazendo não lembro se era mestrado ou doutorado, mas ele estava aplicando o questionário de "Beck" (...) uma escala de depressão, assim. (...) Enquanto a gente saía pra discutir o caso com o supervisor, ele entrava na sala e aplicava o questionário nos pacientes. Aí ele pediu, perguntou se eu podia apresentar ele ao paciente, tal, eu fui discutir o caso, ele foi aplicar o questionário nesse garoto. Aí eu discutindo o caso com o supervisor, das minhas impressões, "eu não acho que é uma depressão, não acho que precisa de medicação, tem um sofrimento, tem uma angústia, seria interessante ser trabalhado em terapia, mas não é uma depressão". E aí, aí quando eu tô voltando, assim, pra conversar com o paciente, pra dar o

retorno e tal, encontro com esse estudante de psicologia no corredor, assim, ele falou "nossa, apliquei o questionário e deu 30 e tantos pontos, é uma depressão muito grave, tal, tal", e eu fiquei assim, né? (...) Qual que é a validade? (...) é uma amostra do estudo dele, que vai virar doutorado, talvez seja publicado numa revista científica (...) qual a validade desse número que a gente tá chamando de depressão? (Fragmento 30 – Psiquiatra – Aluno)

Eu fui para X. (Centro de referência mundial em psiquiatria) (...) trabalhei com anorexia. Muito. Então (...) eu voltei a referência, naquela época, em anorexia (...) E aí eu atendi a primeira paciente que me mandaram com anorexia e aí eu sabia tudo de anorexia, né? Aí eu comecei a falar com ela, eu sabia tudo, ela olhou pra minha cara e falou, nossa, você tem os olhos tão bonitos, mas você não me enxerga. Ela falou assim, né? Você não sabe... você sabe tudo de anorexia, mas você não sabe nada de mim, entendeu? Então foi, pra mim, aquilo ali, ela... essa paciente não tem ideia de como ela me ajudou na vida e como ela tinha toda razão. (...) Eu não estava enxergando a pessoa. Eu acho que esse é o risco da psiquiatria. (...) É depressão neurótica? É depressão sei lá o quê, melancólica? É a ansiedade não sei o quê, generalizada? E não sei o que. Você fica tão atento a ver qual é o CID, o diagnóstico simples, que acho que você perde mesmo essa condição de você ver lá quem está falando, o que que a pessoa tá falando. Não importa na psiquiatria. Não importa. Importa o diagnóstico, né? (Fragmento 31 – Psiquiatra – Supervisora)

---

#### 5.1.1.2.2 Reconhecimento de sentidos ocultos nos sintomas e nas queixas dos pacientes.

Os fragmentos seguintes referem-se ao despertar do interesse pela psicanálise quando os profissionais de saúde mental passam a considerar a existência de aspectos inconscientes relacionados ao sofrimento psíquico. Algumas vezes, essa correlação é espontânea, a partir do repertório pessoal do entrevistado. Em outras, surge a partir da interferência dos supervisores.

---

Eu lembro de um caso (...) uma paciente que vomitava e era difícil segurar os vômitos. E aí ela estava num atendimento, acho que no primeiro ou segundo atendimento, devia ser no ambulatório de transtorno de personalidade borderline. (...) E aí ele (o supervisor) fez uma interpretação falando duas coisas que me impressionaram. Uma, que ele fez uma técnica de entrevista, de aproximar a pessoa, então já estava muito difícil de dizer os sintomas e falar de qualquer coisa e ele, né, aproximou (...) depois disso, ela se soltou muito na entrevista. Então eu percebi que, dependendo de como você interage com a pessoa, ela muda demais. E teve uma outra coisa que eu percebi, muito legal, que ele falou sobre isso de vomitar e aí ela disse que, então, o pai era religioso e o namorado ia na casa dela e não podia deixar a perna em cima da perna dela e que tinha uma coisa muito difícil. E aí ele fez essa interpretação de que ela tava, né, querendo colocar as coisas pra fora, vomitar tudo aquilo no pai, que a religião era uma coisa opressora pra ela. E isso podia ter muito a ver com o sintoma que ela tinha, era o medo de vomitar, não era nem um enjoo, nem uma ânsia de vômito, nem vomitava de fato, ela tinha um medo de vomitar. Esse era o sintoma dela. E achei muito legal essa interpretação. Eu falei, olha só, isso acontece. (Fragmento 32 – Psiquiatra – Aluno)

E continuei lá no HC, nesse grupo do X (supervisor). (...) Atendia uma paciente lá, que era um caso bem interessante (...) tinha uma questão ética importante. (...) Uma paciente que não tolerava menstruar (...) e ela queria tirar o útero. E não tinha (sido) aprovada essa cirurgia. (...) Então era uma questão ali... (...) (descreve uma situação clínica em que há um conflito subjacente à decisão da paciente). Então (...) encaminharam pra psicoterapia. (...) Atendi durante anos (...) E aí fui, pela primeira vez, me aproximando mais da psicanálise. (Fragmento 33 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O exemplo acima ilustra o processo de complexificação da escuta clínica. O psiquiatra mostra, por meio de um caso desafiador, como aspectos inconscientes do psiquismo interferem nos rumos do manejo clínico e das intervenções do profissional. A partir daí, seu interesse pelos recursos psicanalíticos como ferramenta de trabalho é despertado.

#### 5.1.1.2.3 Experiência de frustração com a Residência Médica em Psiquiatria e busca de alternativas de escuta do sofrimento psíquico

Vários depoimentos do subgrupo dos psiquiatras foram codificados como “frustração com Residência Médica em Psiquiatria”. A ênfase dessa insatisfação recai na escuta do sofrimento psíquico considerada “reducionista” pelos entrevistados, excessivamente centrada nas classificações diagnósticas e nos aspectos médicos e neurobiológicos do sofrimento psíquico.

---

Inicialmente eu não pretendia seguir uma carreira pra ser analista, pra me aprofundar na teoria, mas rapidamente, dentro da residência, eu também comecei a me decepcionar com a psiquiatria simplista assim, aquela psiquiatria criteriológica, DSM, CID-10 e afins. E muitas medicações e todas aquelas explicações neurobiologicistas dos transtornos mentais como um todo. E isso começou a me desapontar, porque eu comecei a perceber, na prática, como que essas questões não... como que isso não dava conta. (...) Aqueles pacientes super graves assim, e com todas aquelas questões. E aí você vinha com essa bagagem, que é o que é trazido por muitos dos chefes que nós temos, com essa bagagem de, não, vamos... a medicação X, a medicação Y, se tá deprimido, precisa desse remédio, tãããã, e aí isso eu fui percebendo, não, isso dá conta, isso não tá dando conta. (Fragmento 34 – Psiquiatra – Aluna)

---

Parte destes depoimentos trazem exemplos de insatisfação com a escuta psiquiátrica em contextos específicos. A seguir, serão apresentadas as reflexões de alguns psiquiatras sobre aquilo que eles consideram limites e equívocos desta escuta no âmbito dos transtornos de ansiedade, de humor e da sexualidade.

---

Era (uma paciente) do ambulatório de ansiedade (...) deve ter tido uns 5 diagnósticos de ansiedade. Então ela começou com pânico, aí depois era agorafobia. Aí depois (...) era transtorno de acumulação. Aí depois era, enfim, alguma outra coisa e ela melhorava de um, depois, não melhorava completamente, voltava a ter sintoma (...) peguei o prontuário e revi tudo, eu falei, “olha (...) a gente aumentou esses remédios, ela respondeu, depois a gente diminuiu o remédio, ela ficou melhor ainda, aí a gente trocou pro outro e voltou pra aquele, ela já não respondeu mais”. Então a resposta dela não tinha nada a ver com a medicação e tinha tudo a ver com a troca dos médicos (...) talvez tenha sido um pouco grosseiro lá com os professores, coitados, mas eles queriam um pouco ignorar isso, né? “Bom, então tá, então é um quadro de histeria. Tá, e aí? Você faz o quê então”? Falei: “bom, a gente não fica dando diagnóstico pra ela, não fica piorando pelo menos, né, se não tem muito o que fazer (...) a medicação não funciona, pra que a gente vai manter ela no ambulatório, assim, aqui, né, especializado”? (...) E aí então a angústia era essa, né? Bom, se a gente pode dizer que é histeria, então o nosso tratamento não serve, né? E eles ficavam tentando tratamento. (...) enfim, eu fui vendo que as categorias da psiquiatria (...) não eram muito consistentes. Não dá pra contar muito com isso pra tratar os pacientes. A gente usava isso pra pensar as medicações, né, porque precisa, né? Não dá pra não ter parâmetros pra usar medicamento, mas eu fui vendo que isso me interessava cada vez menos, né? E aí, cada vez mais foi aparecendo, o que eu procurava estava na psicanálise, né? (Fragmento 35 – Psiquiatra – Aluno)

---

No trecho acima, dois pontos se destacam. Se por um lado, o entrevistado reconhece a importância dos parâmetros diagnósticos psiquiátricos para o manejo medicamentoso do tratamento, por outro, faz uma crítica à não observação de aspectos subjetivos e singulares que, segundo seu entendimento, teriam prejudicado o esclarecimento diagnóstico e a evolução do tratamento da paciente nesse caso específico.

Nos exemplos seguintes, os entrevistados contam como a não valorização desses aspectos na escuta dos pacientes, em nome de abordagens mais objetivas e pragmáticas, tornou-se frequente e frustrante, no contexto da Residência Médica.

---

Acho que isso ao longo da residência foi ficando mais evidente assim, que eram diagnósticos que me diziam muito pouco sobre quem era aquela pessoa assim, sabe? (...) Então, por exemplo, quando eu via (...) diagnóstico (...) de depressão, transtorno depressivo recorrente... Nossa, caramba, né? E aí eu ia vendo que quando você conversava com a pessoa, você ia compreendendo outras coisas que aconteceram na vida dela e que se relacionavam com essa tristeza. E o quanto você dizer que ela tinha depressão, enfim, podia ser de alguma forma muito alienante. Acho que eu vou me dando conta disso muito no segundo ano, mas assim, os primeiros 6 meses de residência foram muito terríveis assim, pra mim. (Fragmento 36 – Psiquiatra – Aluna)

Fiquei um ano no X. (ambulatório de sexualidade) também, achando que aquele era um lugar em que a sexualidade, óbvio, sempre norteado também, questões subjetivas, próprias, sofrimentos. E aí você ia lá escutar um casal

com problemas sexuais, um cara impotente, uma mulher com vaginismo e etc. E a recomendação era ficar passando um manual de exercícios. (...) Modelo médico, assim, anamnese e sintoma e o tratamento é esse. Ou, de repente, você vai dar um antidepressivo pra retardar a ejaculação. Só que você se sentava na sala, fechava a porta com o casal e o casal começava a falar, era nítido que tinha esse sintoma, mas tinha um mundo por trás daquilo, assim, que, evidentemente, construía o sintoma, entendeu? Então eu me sentia meio picareta, assim. (...) que não era o ponto. E fazendo promessas que não iam... promessas do tipo, se você seguir esse roteiro, vai rolar, o sexo vai ficar bom. Óbvio que não ficava. E não ficava mesmo. E voltava e, tá, ajudou um pouco, mas não... (...) A demanda mesmo, assim, era outra. (Fragmento 37 – Psiquiatra – Supervisor)

Quando eu fui entrevistar um dos pacientes (...) diagnóstico de “impulso sexual excessivo” (...) e eu achava que pra escrever sobre esse diagnóstico (...) eu precisava conversar com as pessoas (...) aí já me disseram que eu estava gastando energia em coisa errada e aí aquilo não me fazia sentido e aí eu fui conversar com um e aí ele começou a me contar quantas vezes ele estava se masturbando por dia, quanto de salário ele estava gastando com prostituição, com não sei o que etc., numa tabela assim de sintomas, frequência, prejuízos, né? E aí eu comecei a perguntar sobre ele assim, eu falei: mas escuta, né, você trabalha? O que você faz e tal? E aí ele me olhou como se eu fosse uma... uma tonta, assim e falou: “Escuta, mas eu sou um compulsivo sexual, eu faço uns bicos de vez em quando...” e aí eu achava aquilo um massacre assim, né, então era... eu tinha uma demanda por ouvir as pessoas. (Fragmento 38 – Psiquiatra – Supervisora)

Por fim, destacamos que, para uma parte dos entrevistados, é no contexto dessas inquietações que a psicanálise passa a ser progressivamente considerada como importante recurso de ampliação da escuta e intervenção no sofrimento psíquico. Essa aproximação parece ancorada, sobretudo, em dois fatores:

- Na valorização, atribuída à psicanálise, da subjetividade, singularidade e pessoalidade.

Eu fui vendo na psicanálise um jeito de ver os meus atendimentos em psiquiatria, as minhas relações (...) de uma forma muito interessante. E que me fez me aprofundar. (...) Eu acho que quando a gente via as coisas na psiquiatria (...) era uma coisa muito engessada, no sentido de “bom, você vai pegar esse indivíduo e vai pôr ele num diagnóstico, ou numa síndrome, ou sei lá”. E a psicanálise pelo contrário, você pega o mundo e vai encaixar naquela pessoa de alguma forma. Você vai ver o que do mundo encaixa naquela pessoa, mas o que importa mais, o que vai ser o preponderante ali, é ela, o que essa pessoa está dizendo, como ela vê as coisas, como... Enfim, então acho que pegar esse individual, esse singular, foi algo que me marcou muito assim. No final das contas, eu acho que ao longo do tempo eu acho que já tive fases. E eu já tive a minha fase, tipo, rechaçar a psiquiatria e ser só psicanalista e tudo mais. Hoje em dia eu vejo que a psicanálise me ajuda muito nos meus atendimentos psiquiátricos. E a psiquiatria me ajuda também nos meus atendimentos analíticos, mas acho que foi uma... Se a psicanálise não tivesse entrado na minha vida, eu acho que os meus atendimentos, a minha prática

seria muito diferente do que é hoje. E eu acredito que de uma forma muito pior. Eu acho que a psicanálise mostrou essa valorização do singular, do que é do indivíduo, do que é estranho, enfim, e que eu acho que você ouvir, você prestar atenção é um jeito de você olhar pra esse indivíduo, o que é muito importante. (Fragmento 39 – Psiquiatra – Aluno)

---

- No reconhecimento da psicanálise como ferramenta específica para abordagem dos aspectos inconscientes observados na clínica.
- 

Eu colocaria também uma experiência clínica (...) Uma das pacientes que tiveram esse grau de regressão também (referência à própria regressão transferencial do analista, descrita em momento anterior da entrevista). (...) uma coisa grave do ponto de vista psiquiátrico, mas coincidia com muitas coisas que eu vivenciava também na minha análise (...) Então foi a contrapartida um pouco espelhada da minha análise e no começo era muito interessante que eu tomava nota sobre ela e eu revisei essas notas, assim, depois de uns 5 anos e era tudo eu, assim, as anotações que eu tinha sobre ela, eram absolutamente referentes a mim mesmo, aspectos inconscientes ainda meus que não tinham se tornado tão evidentes pra mim mesmo, eu ia projetando muitas coisas nela e ela ia projetando muitas coisas em mim. (Fragmento 40 – Psiquiatra – Supervisor)

---

#### 5.1.1.2.4 Importância da “atividade clínica” na escolha da psicanálise por psicólogos e analistas leigos

Também no caso dos psicólogos entrevistados, a importância da atividade clínica para a escolha da psicanálise é enfatizada. A diferença percebida entre eles e os psiquiatras está no fato de que na experiência dos primeiros não se evidenciam as tensões epistêmicas vivenciadas no âmbito teórico da psiquiatria e dos Programas de Residência Médica. Mesmo assim, é significativa a importância atribuída à vivência da prática clínica na decisão final de tomar a psicanálise como referencial.

---

(A supervisora) me incentivou a começar a atender cedo na faculdade. Eu comecei a atender no segundo ano, no laboratório de plantão psicológico. (...) Atendi um tempo lá, acabei aprendendo algumas coisas. (...) No terceiro ano, a gente teve testes psicológicos (...) os testes projetivos foram muito interessantes (...) eu achei muito legal assim, essas possibilidades que tinham dentro daquilo. E eram basicamente psicanalistas lá. (...) E o que me marcou muito na verdade (...) foi uma supervisão que a gente fez, quando a gente levou os desenhos, em que ela, a partir dos desenhos, foi construindo um raciocínio clínico que batia muito com a pessoa que tinha feito os desenhos, e me dá conta dessa potência do raciocínio clínico (...) tanto que depois, quando eu fui fazer supervisão, fiz supervisão com uma pessoa que justamente usava o TAT

(...) também apostando um pouco nessa potência da psicanálise, nessa potência do raciocínio clínico. (...) E a partir disso eu fui me consolidando assim, no referencial psicanalítico e fui gostando cada vez mais. (Fragmento 41 – Psicólogo – Aluno)

---

Por último, vale destacar a experiência particular de alguns analistas leigos com relação à atividade clínica. Diferentemente dos demais profissionais de saúde mental, a experiência de atendimento de pacientes é mais tardia nesse grupo, uma vez que eles são oriundos de formações universitárias não diretamente ligadas ao atendimento clínico convencional. Entretanto, alguns entrevistados descrevem a maneira como a atividade clínica em si, é importante na confirmação da escolha da psicanálise como ofício.

---

Sem sombra de dúvida, é a minha experiência na clínica. É de uma riqueza e de um envolvimento, é de um... isso que eu falava, né, é de um lugar no qual eu me sinto tão eu mesma, é tão gratificante. (...) Não tô falando só dos bons momentos. Dos ruins mesmo, né? Então assim, eu não tenho a menor dúvida que é a experiência da clínica mesmo, com o outro, com o paciente, enfim, isso é o que me faz assim, que eu faço com a minha razão de trabalhar. (Fragmento 42 – Analista leiga – Supervisora)

O que me motiva em psicanálise é saber... é ter uma sessão... é o friozinho na barriga que eu começo cada sessão e que me vem assim, “que porra essa pessoa vai me falar”? “que porra eu vou falar pra ela?” Eu fico... eu tenho um rush de adrenalina nessa hora. (...) Depois, tem uma coisa que é jogar entre o violentamente único e o universal. Então rever padrões, entender padrões, como eles aparecem e reaparecem, eu acho fascinante. (...) Todo mundo vive reclamando dos pais, mas por que que essa pessoa tá falando desse pai? (...) O que me pega na psicanálise é a clínica. Não tenho a menor dúvida. Eu gosto de clinicar. (Fragmento 43 – Analista leigo – Supervisor)

---

5.1.1.3 Interesse, curiosidade e sensibilidade para o psiquismo, mundo mental e subjetividade (Códigos 5, 6, 7 e 8 da Categoria Temática 1)

Neste item, serão apresentados os resultados acerca das motivações para a aproximação à psicanálise, codificados como “interesse, curiosidade e sensibilidade precoces”, “Interesse, curiosidade e sensibilidade determinando a vocação profissional”, “Influências precoces de pais, amigos, professores etc.”, e “Interesse por cuidar do sofrimento psíquico”.

Os quatro códigos estão relacionados entre si, por se referirem, de maneira geral, às características pessoais e aos aspectos biográficos dos entrevistados, incluindo interesses e curiosidades sobre a psicanálise e seus temas centrais, bem como influências socioculturais e profissionais recebidas.



### 5.1.1.3.1 Interesse, curiosidade e sensibilidade precoces

Aqui, serão tratados o interesse e a curiosidade pela psicanálise, anterior ao momento de escolha e definição profissional. A prioridade são os relatos sobre a infância, adolescência e juventude, muitas vezes, associados a influências socioculturais. Os códigos analisados neste item são “interesse, curiosidade e sensibilidade precoces” e “Influências precoces de pais, amigos, professores etc”.

Os entrevistados relatam curiosidades precoces por temas relacionados ao inconsciente, à sexualidade, à subjetividade e ao psiquismo, como os “sentidos encobertos” das coisas, os conflitos psíquicos, a loucura e a psicanálise em si. Os fragmentos abaixo ilustram esses interesses:

---

Eu me interessei pela psicanálise até antes de me interessar pela psiquiatria. Desde... da adolescência, eu já... eu ouvia algumas ideias. (...) Eram questões que me deixavam muito pensativa e incomodada, assim, eu... principalmente na teoria do desenvolvimento da sexualidade, das fases do desenvolvimento e como que... quando eu era bebê, expressar a sexualidade pela boca na fase oral do desenvolvimento, como que isso afetaria na minha vida hoje. Isso me trouxe vários questionamentos. E eu até comecei a ler, na época... eu tentei ler *Interpretação dos Sonhos* quando eu era adolescente, mas claro que eu não entendi nada, né? (...) Mais de ouvir falar, assim, até leigos mesmo, olha, quem faz análise e é analisado lembra coisas de quando era muito jovem, bem criança, e esses traumas que essa pessoa sofreu vão repercutir na vida adulta de diversas maneiras e quando você faz análise, você pode lembrar desses traumas e poder trabalhar isso. E aí eu pensei, nossa, eu acho que eu preciso fazer isso porque eu (...) já estava em conflito comigo mesmo, assim, conseguia identificar vários conflitos que eu tinha como pessoa e com a família também. Então sempre foram questões que eu gostaria resolvidas na minha vida, né? (Fragmento 44 – Psiquiatra – Aluna)

Nesse livro (*A psicanálise dos contos de fadas*, de Bruno Bettelheim), eu achava muito legal ficar procurando significados por trás assim, acho que foi uma leitura de uma pessoa de 14 anos, né, mas era uma coisa que eu achava muito legal, de ficar vendo símbolos e que uma coisa podia querer dizer outra e que uma coisa lembrava outra e era tudo muito sexual. Eu achava isso muito fascinante. (...) E acaba interpretando o Lobo Mau, a maçã, aí Chapeuzinho Vermelho também. Depois eu até fiz um trabalho sobre a análise que ele faz da Chapeuzinho Vermelho. Eu tinha achado o máximo assim. (Fragmento 45 – Psicóloga – Aluna)

---

Muitos entrevistados associam também o interesse pela psicanálise à sensibilidade precoce para o campo das artes, relacionando a abertura para diferentes formas de expressão artística, desde a infância e adolescência, com a abertura para a subjetividade e para o inconsciente.



---

Tem várias facetas, eu acho que a primeira delas, talvez a mais profunda seja uma questão de um interesse meu pelas artes, pelos filmes, pela literatura, por essa expressão humana dos sentimentos e das histórias, né? E que na psiquiatria a gente acaba tendo uma interface muito maior com o lado biológico, o lado científico, mas que é um lado que não dá conta de tudo, né? (...) essa interface com as artes, ela acaba ficando um pouco de lado, né? Enquanto dentro da psicanálise ela se mistura, muitas vezes se confunde, ela tem o espaço pra isso, então você ler um Hamlet, você ler um romance, você ver um filme é uma coisa que te enriquece do ponto de vista pessoal e pode enriquecer a tua clínica também, psicanalítica, com o olhar psicanalítico por essas coisas. (...) Muitas dessas coisas têm uma relação com o subjetivo, né? E o subjetivo, ele é praticamente sinônimo da psicanálise, não é? O inconsciente e as suas manifestações. (...) Ao longo do colégio eu tive contato com alguns textos do Freud, tinha uma professora de literatura que ela era psicóloga também, ela tinha discussões mais aprofundadas assim sobre o inconsciente, com um viés tanto psicanalítico quanto de outras teorias também, né? E então eu bebi um pouco dessa fonte no colégio. (Fragmento 46 – Psiquiatra – Aluno)

---

Da mesma forma, é frequente a associação entre o interesse pela psicanálise e a sensibilidade para temas relativos às ciências humanas:

---

Eu sempre tive muita inquietação e curiosidade (...) havia lido algo sobre o Freud num livro que marcou minha adolescência, que era o Mundo de Sofia, em que eu achei muito interessante a forma que tinha sido apresentado o Freud, cheguei a fazer um pequeno trabalho na faculdade estimulado por isso (...) tive a sorte de ter tido essas mudanças no colegial, ter tido na escola filosofia e sociologia, que estimularam o pensamento, acho que me estimularam a pensar. (Fragmento 47 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Nesse contexto da descrição dos diferentes interesses e curiosidades precoces, vários entrevistados enfatizaram a autopercepção ou o reconhecimento por outras pessoas de características pessoais e traços de personalidade, responsáveis por essas curiosidades e interesses, tais como sensibilidade e abertura ao mundo mental e emocional, e capacidade de escuta e empatia.

---

Olhando para trás, hoje, eu penso, cara, ‘como que eu não percebi que essa era a área (profissional) que eu devia ter feito, sabe’? Porque eu sempre fui, na minha casa, muito sensível, muito atenta, (...) muito observadora (...) eu tinha interesse por essas questões, né? E eu perguntava o que estava acontecendo comigo, por que que eu fiquei daquele jeito, eu tinha uma curiosidade, só não sabia o que fazer com ela. (Fragmento 48 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Vários outros entrevistados referem-se a características similares: “Sempre fui muito ‘do abstrato’” (Fragmento 49 – Psicólogo – Aluno); “Então me interessava, assim, tinha uma

curiosidade pelas pessoas” (Fragmento 50 – Psiquiatra – Supervisora); “Eu sempre quis, eu sempre gostei de escutar também as pessoas mais velhas, de estar ali, de ver as coisas que estavam acontecendo, ver o sofrimento de um, de outro, batia com o meu sofrimento talvez” (Fragmento 51 – Psiquiatra – Aluno); “Eu sempre fui a amiga que aconselhava assim, então... é aquela visão meio básica de psicologia, né, de que... eu gostava de escutar e de ouvir. (Fragmento 52 – Psicóloga – Aluna).

Por último, ainda sobre os interesses e experiências precoces, são relevantes os relatos sobre a influência de figuras importantes na infância, adolescência e juventude dos entrevistados. Pais, professores, amigos ou conhecidos que, por meio de estímulos diversos, diretos ou indiretos, despertaram o interesse dos entrevistados pela psicanálise e seus temas.

---

Eu tenho as obras completas do Shakespeare. E aí peguei o primeiro volume e vi (...) uma dedicatória do meu pai. Foi um presente do meu pai para mim quando eu tinha 16 anos. E aí a dedicatória era (...) ‘esses 3 volumes contêm muito da alma humana’, alguma coisa assim. Então meu pai sempre foi um cara muito sensível, assim, meu pai foi um cara que tem questões (...) E aí eu percebia o tempo todo que as questões dele, (eram) essas questões da alma humana (...) E, de novo, teatro, que eu já falei, o teatro me salvou na vida, assim. Eu não fiz análise antes porque eu comecei a fazer teatro. Então era um lugar onde era permitido expressar, assim, emoção, entrar em contato com o que você estava sentindo, com a sexualidade, com os traumas, com a bagagem. Então era um lugar onde isso era permitido, assim, na sociedade, digamos assim. Por isso que o meu referencial sempre foi o teatro, assim, o meu referencial de alma humana era Shakespeare, era Nelson Rodrigues, era o teatro. (Fragmento 53 – Psiquiatra – Supervisor)

Eu fiquei fascinado (com livro de filosofia, na adolescência) assim mesmo, encantado e o professor de filosofia no colegial, X., ele trazia sempre uma questão pra gente, uma questão aberta assim, filosófica e a gente ia lendo o livro. E aí um dia a gente encontrou com esse professor, estava saindo à noite, adolescente, encontrando com esse professor num bar à noite e ficamos conversando com ele. Foi muito marcante assim, eu pude ver encarnado ali alguém que vivia a vida, que trabalhava, pensava e que estava junto com os alunos assim, de 15, 16 anos, discutindo as coisas com muito prazer assim, aquilo foi muito importante. (Fragmento 54 – Psiquiatra – Supervisor)

---

#### 5.1.1.3.2 Interesse, curiosidade e sensibilidade determinando a escolha profissional

Este item se refere às mesmas curiosidades e interesses descritos no item anterior, mas agora relacionados a momentos posteriores da vida, quando os entrevistados os associam à vocação, escolhas e trajetórias profissionais. Incluímos os códigos “Interesse, curiosidade e

sensibilidade determinando a vocação profissional” e “Interesse por cuidar do sofrimento psíquico”.

Descreve-se aqui os interesses e curiosidades relacionados ao inconsciente, à sexualidade, à subjetividade e ao psiquismo, agora amadurecidos e associados diretamente à escolha da psicanálise como referencial teórico-clínico e profissional.

Interesses relativos à subjetividade humana e ao sofrimento psíquico influem na escolha dos cursos de graduação que os entrevistados imaginam contemplá-los (medicina, psicologia etc.), e que, no momento da entrevista, já aparecem associados ao interesse pela psicanálise, e na escolha da psicanálise em momentos mais tardios da graduação ou da Residência Médica em psiquiatria.

Nos dois fragmentos abaixo, duas psicanalistas, com formação prévia em medicina, descrevem experiências de integração dos próprios interesses às escolhas profissionais, vividas ainda no período de internato.

---

Eu sempre acho que a faculdade de medicina, ela às vezes rouba a gente de olhar para outros horizontes, a gente fica muito preso. (...) Então eu tinha que estudar clínica médica, aí você só lê clínica médica. Cirúrgica, você só lê cirúrgica. (...) Eu lembro que quando eu passei no internato foi muito gostoso, porque eu fui ler livros fora, eu fui ler Freud, eu fui ver filme (...) aquilo foi me despertando assim, eu falei, nossa, isso tem muito a ver comigo. (...) E aí eu acho que a análise foi um caminho (...) fui entrando em contato comigo mesma (...) E aí foi ficando muito claro assim, sabe? E aí teve um momento, teve uma sessão na análise que eu virei pra X. (psicanalista) e falei, ‘nossa, eu acho que eu sempre quis ser analista antes de saber que a psicanálise existia’. (...) Poder entrar em contato com as pessoas de uma maneira mais íntima, mais verdadeira, podendo ter essas experiências (...) ter uma experiência mais profunda com cada um na intimidade (...) eu gostava desse olhar para o paciente, um olhar mais do indivíduo, a subjetividade de cada um, respeitando o espaço, o tempo, poder transitar por esse caminho. (Fragmento 55 – Psiquiatra – Aluna)

No internato, principalmente, (...) você começa a atender as pessoas e você vê que muita gente procura um médico por mil razões que não são de ordem física assim. Isso me chamou a atenção. Eu falei, ‘nossa, por que que essa pessoa veio aqui, três da manhã, no pronto-socorro, essa senhora, e ela não tem nada, ela só queria conversar’, (...) ela ficava meia hora comigo conversando e eu, ‘meu, ela saiu da casa dela, pegou um ônibus, veio até aqui porque ela queria bater papo’. Eu lembro que eu achava curioso isso, né, e meus colegas todos tinham raiva porque atrapalhava o plantão e eu era escalada porque eu já estava começando a gostar desse tipo de coisa. Eu era a pessoa que, ‘ô, não quer vir falar com fulana aqui?’ (...) Eu ficava curiosa, ‘meu, que que faz essa pessoa vir aqui, né? Não é legal ir num pronto-socorro, né, não é legal ir num médico’. (Fragmento 56 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Outros entrevistados enfatizam o interesse pelo sofrimento psíquico, para além da dimensão compreensiva, mas, especificamente, na dimensão do cuidado e da intervenção, e apontam a busca da psicanálise especificamente para esse fim. No primeiro fragmento abaixo, pela escolha inicial da graduação em psicologia, e, no segundo, pela mudança da trajetória profissional, do direito em direção à psicanálise.

---

Um evento que (...) me fez muito sentido, a minha avó tinha morrido pouco tempo antes (...) e o que eu me lembro da morte da minha avó, muito marcado, foi uma frase da minha mãe, que foi visitá-la na UTI. (...) E uma das coisas que minha mãe disse (...) é que minha avó se queixou para ela, com muito medo, que ela não queria ficar sozinha, ela sentia muito a solidão lá na UTI e isso tinha ficado marcado, assim, essa experiência da solidão (...) com certo desamparo frente a essa experiência da morte. E quando ele falou da psicologia, eu reconstruí essa história e lembrei, falei, nossa, tem algo que se faz por alguém que não é só do cuidado do corpo, tem um certo cuidado que ela, mesmo morrendo, poderia ter recebido. (Fragmento 57 – Psicólogo – Supervisor)

A produção que eu queria pôr no mundo envolvia algo da ordem das pessoas poderem se implicar no sofrimento delas (...) foi ficando cada vez mais claro para mim que advogando eu contribuía para as pessoas, elas podiam ficar felizes no final de uma vitória de um processo por exemplo, mas aquilo não contribuiu em nada pra ela se questionar acerca de como ela se meteu naquela confusão, né? (...) e eu fui ficando (...) muito contrariado e infeliz nisso, né e aí foi ficando claro pra mim que não, não é essa a minha profissão, não é isso que eu quero... (...) acho que talvez seja algo da ordem contrária, que é poder contribuir de alguma maneira pra pessoa se indagar de como ela se implica do sofrimento dela, de como ela se coloca, de como ela se prejudica sem se dar conta e definitivamente não é na advocacia. [risos] E aí eu acho que psicanálise aparece. (Fragmento 58 – Analista leigo – Supervisor)

---

Além do interesse por conhecimentos sobre a subjetividade humana e o sofrimento psíquico propriamente dito, alguns entrevistados descreveram outros interesses relacionados, que acreditam serem contemplados pela psicanálise. No fragmento abaixo, o entrevistado estabelece relações entre o questionamento filosófico da condição humana, bastante importante para ele, e o investimento na psicanálise:

---

Por causa das aulas de filosofia, eu soube do Schopenhauer e daí eu comecei a pegar esses livros bem introdutórios, daí eu comecei a ler o Nietzsche, eu conheci o Cioran e fui lendo os filósofos pessimistas assim, e eu estava gostando de filosofia. Só que (...) eu não queria ser professor de filosofia (...) eu pensei na psicologia como algo que me daria mais oportunidades profissionais e, ao mesmo tempo, eu entrei por causa da filosofia assim, é meio paradoxal. (...) E daí eu lembro exatamente quando eu fui fisgado pela psicanálise, numa aula de psicanálise. (...) Eu me apaixonei pelo que o Freud tinha a dizer sobre a condição humana. (...) E daí eu comecei a ler a obra dele.

Então por isso que eu... eu acho que eu tenho uma relação diferente com a psicanálise. (Fragmento 59 – Psicólogo – Aluno)

---

Em outra entrevista, observa-se que interesses e inquietações sobre problemáticas sociais, como, por exemplo, questões raciais, e questões relacionadas à sexualidade, preconceitos e liberdade também foram atendidas por meio da aproximação à psicanálise:

---

O meu consultório é um consultório com muitos atravessamentos sociais, né? Então eu vou pensando esse sujeito muito a partir da sociedade. Aí um pouco nessa coisa de me dedicar às questões raciais, de me dedicar às questões LGBTs, de me dedicar às questões da loucura, né? Então de questionar essa sociedade. (...) Pensar esse sujeito maior, mais amplo. E acho que vem daí as escolhas pela psicanálise, assim, tanto é que, acho que esse atravessamento social e tudo mais... tanto é que eu gosto muito dos textos do Freud que têm... da clínica do social, né, da sociedade. Então os textos sociais do Freud e de autores da psicanálise que pensam também essa clínica, né, um pouco mais ampla. Acho que vem um pouco disso, assim. (Fragmento 60 – Psicólogo – Aluno)

---

#### 5.1.1.4 Relação transferencial e influência de supervisores e professores (Código 9 da Categoria Temática 1)

A influência de professores e supervisores, muitas vezes marcada pela relação transferencial, é um importante fator apontado pelos entrevistados como determinante para o investimento teórico-clínico em psicanálise, seja no sentido da apresentação de um campo ainda não conhecido, ou como continente para curiosidades e expectativas anteriores sobre o campo psicanalítico.

Para muitos entrevistados, a supervisão com psicanalistas, em momentos iniciais da trajetória, apresenta uma nova linguagem e diferentes formas de observação e escuta do sofrimento psíquico, consideradas, por eles, importantes para o exercício da clínica. O fragmento abaixo ilustra como a interação com o supervisor psicanalista nos primeiros meses da Residência Médica em Psiquiatria, oferece ferramentas psicanalíticas (observação dos aspectos singulares do paciente, observação da relação transferencial), encampados progressivamente pela entrevistada e determinantes da escolha do referencial teórico-clínico.

---

Aí eu conheci o X. Eu entrei no grupo dele, né, na psicoterapia. (...) Os primeiros meses, eu lembro que, pra mim, foi muito difícil porque era uma outra linguagem, assim, né, porque eu saí do internato, super, né, médica (...) e eu fui pega meio de surpresa. (...) ‘O que eu faço com essa paciente? Ela tá com problema’. Eu lembro que eu ficava meio perturbada com isso. E aí eu lembro de um dia que a gente foi fazer uma supervisão e que o X. chegou

muito angustiado na supervisão (...) ‘Eu posso falar do meu caso hoje?’ (...) Na medicina, nunca um supervisor pede ajuda para os subordinados, né? Eu achei legal. Ele contou o caso e aí todo mundo começou a conversar (...) e foi muito legal a construção (...) mais horizontal, né? (...) Comecei a me interessar mais (...) quebrei aquela resistência (...) comecei a ler mais, comecei a estudar. (...) O primeiro caso que eu peguei foi um caso de uma menina que tinha vaginismo (...) aí, na supervisão com o X., ele vinha perguntando, né? ‘Mas como é que ela é com você? Como é que é o jeito dela? Como é que ela é com as pessoas ao redor dela?’ Ele foi, tipo, indo em direção a uma outra coisa que tinha a ver com vaginismo, mas que não era só na vagina a questão. (Fragmento 61 – Psiquiatra – Supervisora)

---

O fragmento anterior destaca o processo de transmissão de aspectos específicos da escuta do sofrimento psíquico. A entrevistada marca a passagem da posição de “super médica”, no sentido da preocupação objetiva com o diagnóstico e o tratamento, orientada pelo método anátomo-clínico, para uma maior tolerância aos aspectos menos objetivos e diretos do objeto da saúde mental, no caso, abordado com contribuições próprias do método psicanalítico.

Segundo a entrevistada, a capacidade do supervisor de explicitar suas incertezas e angústias, e compartilhá-las com os supervisionandos (horizontalização), abrandara a resistência da jovem psiquiatra aos aspectos subjetivos no processo de escuta, e permitira que ela se interessasse por aspectos não objetiváveis da paciente, até então mal percebidos (“não era só a vagina”), assim como da relação transferencial (“como é que ela é com você?”).

Também nesse sentido, outro psiquiatra retoma a importância dos supervisores no treinamento da observação dos sentidos inconscientes de queixas e sintomas. Ele descreve, como exemplo, uma atividade de escuta psicodinâmica, em enfermarias psiquiátricas, no primeiro ano da residência:

---

No primeiro ano de residência (...) a gente lia alguns textos e tinha também entrevistas, tipo dinâmicas, com a X. e a Y., em que a gente pegava os pacientes que estavam lá nas enfermarias e a gente fazia (...) uma escuta psicodinâmica. E muitos pacientes ali revelavam coisas impressionantes, coisas muito legais. Teve uma interpretação de uma mulher que tinha muito medo de borboleta e (...) foi se estabelecendo lá uma interpretação, que acho que fez muito sentido, de que quando a pessoa está apaixonada, ela tem borboletas no estômago, né? (...) Ela ficava com muito medo. Isso tinha muito a ver com um homem pra quem ela olhava e ela achou que tinha algum interesse. E aí era quando os sintomas voltaram a aparecer. Então foi muito interessante, assim, vários casos desses foram sendo... ganharam muito mais (sentido). (Fragmento 62 – Psiquiatra – Aluno)

---

Nos dois próximos fragmentos, a ênfase dos entrevistados está em aspectos que ultrapassam a transmissão de conteúdos, técnicas e do próprio método psicanalítico. Para além

destes, o papel da continência e a força dos vínculos estabelecidos são aspectos considerados relevantes na transmissão psicanalítica, referidas pelos entrevistados como determinantes para o investimento em psicanálise.

Nos dois casos relatados a seguir, o processo de aproximação aos referenciais psicanalíticos se dá em vários tempos, e em relação com as interferências dos supervisores. É nítido o acolhimento inicial das angústias e da inexperiência, criando possibilidades para que os jovens profissionais pudessem tomar contato com a própria subjetividade e com o próprio sofrimento, e pudessem, assim, instrumentalizar-se para a escuta do outro. Em momentos avançados da trajetória, a presença dos supervisores é reconhecida como determinante na tomada de decisões sobre os caminhos e referenciais teórico-clínicos adotados.

---

No dia seguinte (ao início da Residência Médica em psiquiatria), de manhã, já foi a psicoterapia. Falar com o X... (...) Aí foi, de cara, assim, um certo acolhimento que eu senti, que acho que todos os residentes sentem até hoje, que era isso que eu imaginava. Essa psiquiatria que eu achava que tinha a ver com teatro era aquela, da psicoterapia. (...) O resto era prescrição, enfermagem, era medicina, igual internato, né, assim. (...) (Um tempo depois do término da Residência) bati de novo lá na porta do X. (após o final da RM). Até falava: (...) ‘não dá pra ficar fazendo isso sozinho, né, assim, é importante ter pares, né, assim, ter um mínimo de interlocução’, porque não tinha supervisão, não tinha nada disso. (...) Falava, ‘não, preciso estar junto de um grupo que dê pra pensar, que dê pra discutir clínica, que dê pra continuar essa formação da residência de algum modo’. E aí bati lá na porta do X., contei essa história pra ele e ele falou, ‘não, fique à vontade, pode vir. Tem uma reunião (...) que é toda terça-feira (...) são reuniões clínicas de pessoas que atendem aqui, você pode atender aqui se você quiser em psicoterapia (...) E continuei lá no HC, nesse grupo do X. (...) Comecei a atender. Atendia uma paciente lá, que era um caso bem interessante (...) E aí fui, pela primeira vez, me aproximando mais da psicanálise, de fato, assim, nesse grupo do X. (...) (Depois disso) teve um estímulo do X. de, de repente, fazer formação na Sociedade (SBPSP). Então, por que não fazer (formação) em psicanálise? Por que não psicanálise? Foi essa a pergunta, por que não? (...) Quando eu entrei na Sociedade, o X. já me chamou pra apresentar, na reunião geral do serviço de psicoterapia (...) pra falar sobre a trajetória na psicoterapia, assim, a experiência no estágio de psicoterapia. E o que me pôs a pensar. (...) Mas foi uma espécie de aval do X., assim, do tipo, você tem algo a dizer! (Fragmento 63 – Psiquiatra – Supervisor)

Na época (...) quem liderava, sei lá como dizer isso, um dos grupos de supervisão era a Y. E alguns dos meus veteranos (...) falavam muito bem dela (...) e eu dei sorte no sorteio lá das escolhas e fui pra ela. (...) eu me identifiquei muito (...) me encantei por ela e através dela eu vi a psicanálise de uma forma mais encantadora. (...) Daí, enfim, à medida que as coisas foram andando, eu próprio fui procurar a minha análise alguns meses depois, enfim, pedi uma indicação inclusive pra Y. de uma analista. (...) (Sobre) o encontro com a Y. (...) (são) as experiências e as coisas que você tem certeza de que mudaram a sua vida. Então aquelas coisas que você fala, meu, se isso não tivesse acontecido, por mais que seja algo pontual e tudo mais, a minha vida seria



completamente diferente. E eu tenho certeza absoluta que a minha vida seria completamente diferente se eu tivesse caído em um grupo de supervisão que não fosse o da Y... Assim... porque eu tenho certeza que ninguém teria me feito olhar pra psicanálise como ela me fez assim, do jeito que ela me acolheu, do jeito que ela investiu em mim, do jeito que ela me mostrou uma possibilidade de fazer algo diferente, que não o que eu esperava ou o que eu achava que fosse possível. Então assim, acho que se eu for falar uma marca assim... que eu posso pensar em mais, mas uma com certeza é o encontro com a Y. (Fragmento 64 – Psiquiatra – Aluno)

---

No próximo depoimento, diferentemente dos exemplos anteriores, a psiquiatra veio de uma Residência Médica, cujo programa não inclui atividades estruturadas de psicanálise, como as propostas pelo NP do IPq-HC/FMUSP. Apesar disso, a entrevistada ressalta a importância de preceptores e professores que, mesmo isoladamente, contiveram o interesse pelo campo da psicanálise e a estimularam na busca por conhecimentos no campo. O curso do NP do IPq-HC/FMUSP foi o caminho escolhido para isso.

---

Na verdade, eu tinha um preceptor que fazia formação no Sedes e a gente sempre discutia, a gente sempre conversava. Quando eu entrei na residência, ele estava no último ano da formação. E eu também tinha uma professora (...) que fazia análise há muitos anos e era bem simpatizante (da psicanálise) assim. Então vira e mexe ela trazia alguma coisa pra discussão. (...) Aí eu fui me interessando mais. Só que como a minha residência não tinha, eu fui buscando fora. E aí foi a Y. (supervisora), foi a minha análise pessoal com a X. (psicanalista), foi o Conflito e Sintoma. E aí depois o curso (no HC). (Fragmento 65 – Psiquiatra – Aluna)

---

Por fim, apresentamos relatos que destacam ações do fundador e coordenador geral do NP do IPq-HC/FMUSP, consideradas tanto por ex-residentes do IPq, quanto por psiquiatras, psicólogos e analistas leigos oriundos de outros serviços, decisivas para suas apreensões da psicanálise e consequente investimento teórico-clínico nesse campo.

A penetrância do pensamento e o impacto das intervenções do coordenador geral revelam a relevância da relação transferencial estabelecida com ele para o processo de adesão aos referenciais teórico-clínicos psicanalíticos.

- Continência e abertura para a escuta dos profissionais iniciantes:
- 

Uma coisa também muito marcante foi (...) ter me aproximado mais do X., porque ele representava um suposto saber (...) eu e dois amigos que fomos atrás dele pra fazer um grupo de estudo em Freud. (...) Ele recebeu a gente tendo feito uma cirurgia (poucos dias antes). (...) Eu lembro que eu achei aquilo muito impactante, com disponibilidade pra escutar, tá ali assim, junto



com a gente. Isso também foi interessante. (Fragmento 66 – Psiquiatra – Supervisor)

---

- Reconhecimento de capacidades e estímulo à atividade clínica:

E aí, bom, foi uma coisa ali muito maluca do X. porque (...) (ele) achou que eu tinha uma intuição e um talento e que essa experiência da aula de hipismo tinha tudo a ver com a psicanálise porque tinha a ver com o desenvolvimento das crianças, com conhecer o cavalo, e lidar com o selvagem etc., e me ofereceu assim, que era o que eu queria, essa experiência de ouvir pessoas, né? Aí o que eu acho que eu posso dizer desse caminho assim, era muito um interesse pela intimidade e pela profundidade e pela complexidade, que eu ia ouvindo e as coisas iam fazendo sentido. (Fragmento 67 – Psiquiatra – Supervisora)

---

- Estímulo à autonomia de pensamento e participação:

Então um supervisor que escute o caso e me escute dentro do caso, porque quem conta um conto aumenta um ponto. (...) Eu acho que eu estou lá pelo X., que o X. tem uma riqueza não só teórica, mas uma permissão... ele se permite falar, admite que falou. Fala e sustenta. Mas não só desse lugar, mas ele vai convidando a que outros também sejam um tanto... eu vou nomear assim, né, sejam um tanto abusados, sabe? Que tenham um tanto de ousadia, às vezes de impertinência. Então ele me motiva (...) tem a questão do supervisor sim, que me instiga. (Fragmento 68 – Analista leiga – Aluna)

---

- Estímulo à análise leiga:

Por mais que muitas pessoas em instituições se dizem apoiadores da psicanálise leiga, poucos sustentam como o X. sustenta porque é um ato mesmo, não adianta falar que você é psicanalista e psicanálise é leiga, que você não põe o seu corpo pra jogo pra sustentar isso. Até hoje a única pessoa que eu vi, eu acho que é uma atitude muito pessoal, não é uma atitude institucional, é o X. As outras instituições principalmente, que são as que teriam mais poder e efetividade pra sustentar a psicanálise leiga, não o fazem. O T. (Instituto de formação psicanalítica), por exemplo, ele se diz muito pela psicanálise leiga e pela não-regulamentação, mas eu sinto o T. totalmente refratário a pessoas vindas de outras profissões, que não sejam médicas ou psicólogos. Então eu estava nesse dilema, como ter clínica e não me submeter (aos) muitos cursos periféricos (que) se movimentam ao redor dessas instituições pra, entre aspas, “fornecer” essa clínica, ‘virou um mercado’, (...) e eu não queria me submeter a isso, né? Como pensar a minha trajetória de uma forma um pouco mais honesta e clara e como eu ia fazer isso. (...) Então foi toda uma questão e surgiu a questão do X. (Fragmento 69 – Analista leigo – Aluno)

---

#### 5.1.1.5 Estudos teóricos (Código 10 da Categoria Temática 1)

A análise horizontal do conjunto das entrevistas mostra que parte dos entrevistados considera os estudos teóricos (leituras, cursos, aproximações às teorias psicanalíticas) motivação importante para investimento no referencial teórico-clínico psicanalítico. O código “psicanálise: estudos teóricos” registra a importância desse fator para vários entrevistados.

Apesar disso, a análise vertical de cada entrevista individualmente, leva-nos a considerar uma situação específica acerca dessa motivação. Praticamente todos os entrevistados que atribuem importância aos estudos teóricos, posicionam este fator secundariamente a outras experiências consideradas centrais, como por exemplo, a “análise pessoal”, a “atividade clínica” ou a “curiosidade e sensibilidade precoce para o psiquismo, mundo mental e subjetividade”.

Por exemplo, o relato seguinte revela como o estímulo dos filmes de Woody Allen despertara, primeiramente, o interesse do entrevistado por temas relativos à psicanálise e, em decorrência dessa curiosidade, a busca dos textos teóricos de Freud. Ou seja, o estímulo e interesse pela psicanálise não partiram inicialmente da leitura de textos teóricos, mas, ao contrário, a teoria veio em resposta às inquietações do sujeito e às influências socioculturais.

---

Como fazia sentido naquela época de adolescente na minha cabeça, já quando comecei a ler, já a estudar a teoria do Freud, isso abre o mundo para mim, foi como abrir uma janela e ver a paisagem pela primeira vez, não sei como explicar assim, muito bem, mas é como se ver um mundo diferente que fazia sentido. (Fragmento 70 – Psiquiatra – Aluno)

---

Outro entrevistado justifica o impacto das primeiras leituras da teoria psicanalítica, introduzidas pela sugestão de um amigo, pela forte identificação entre o conteúdo do texto e suas experiências psíquicas íntimas.

---

(Um amigo) me emprestou um livro, Introdução à Melanie Klein, da Hanna Segal. E eu fiquei assustadíssimo com esse livro. Assustadíssimo. Adorei. (...) E aí eu pedi um outro livro de introdução à Melanie Klein. (...) E aí, depois, ele disse pra eu ler as conferências introdutórias do Freud. E aí eu fui lendo e aí fui ficando muito interessado. (...) eu lembro que no livro da Hanna Segal... no começo, era um fascínio, assim, pela teoria kleiniana, porque tinha uma coisa do infantil, uma cruzeza, uma coisa primitiva tão esquisita, mas, ao mesmo tempo, tão próxima que parecia que estava falando de uma coisa de mim, assim, parecia que era tão evidente, mas, ao mesmo tempo, parece que nunca tinha se falado sobre isso. (Fragmento 71 – Psiquiatra – Aluno)

---

Em outras situações, a busca da teoria psicanalítica acontece mais tardiamente, como apoio para enfrentar lacunas percebidas na formação profissional e demandas emergentes a partir da atividade clínica:

---

Foi o contato com as teorias que eu comecei a ter (nas) aulas e também uma certa frustração de como a psiquiatria clínica (...) explicava e resolvia muito pouco da mente também, dos distúrbios da mente. Claro, tem as questões genéticas, o componente genético, o componente ambiental, mas exatamente como isso intera... né, como que surgia a doença... surgiria a doença, né, psíquica, o adoecimento, aonde eu achei que tava mais aprofundado alguma explicação era nas teorias analíticas. (...) Eu comecei a ler o básico de Freud, que são as Cinco Lições de Psicanálise. Depois, eu li Estudos sobre a Histeria. Eu li Totem e Tabu. E alguns outros textos menores, alguns casos clínicos, o do Hans, O Homem dos Lobos. Além do Princípio do Prazer. Os textos sobre técnica, eu li nessa época. Mal-estar na Civilização, que eu gostei muito. (...) E de Melanie Klein, eu li... tentei ler a Melanie Klein, mas achei bem difícil. Então eu li um livro sobre ela que é Melanie Klein - Vida e Obra. (Fragmento 72 – Psiquiatra – Aluna)

---

Poucos entrevistados apontam a teoria como motivação inicial ou principal para escolha da psicanálise como referencial teórico-clínico. O fragmento abaixo contém um raro exemplo em que o entrevistado identifica os estudos teóricos como motivação inicial para aproximação à psicanálise:

---

Eu tenho contato primeiro teórico com a psicanálise pra depois ter o contato clínico, né? Que é na faculdade (de direito) que eu achava interessante inclusive a maneira como o X. (professor) usava e usa a psicanálise, porque ele não usava na faculdade só do ponto de vista clínico, ele também usava a psicanálise como uma ferramenta pra analisar a sociedade, né? Freud também faz isso, Totem e Tabu etc., e tal. Não fica só no campo clínico restrito ao sujeito, ele pensar a sociedade do ponto de vista psicanalítico. E aí acho que o meu primeiro contato é aí, do ponto de vista teórico, depois é que eu vou ter o ponto de vista clínico. (Fragmento 73 – Analista leigo – Aluno)

---

Mesmo nesse pequeno grupo, a maioria dos entrevistados enfatiza que as experiências “encarnadas”, análise pessoal ou atividade clínica são fundamentais para adesão convicta ao método psicanalítico, reforçando o caráter da psicanálise como uma práxis.

---

Eu acho que foi, inicialmente, vamos dizer, a partir das leituras, como eu falei assim, as leituras do Winnicott e de um outro analista lá da USP, o Gilberto Safra, que foi um pouco por aí que eu caminhei. (...) eu diria que os 2 fatores fundamentais pra mim foram os estudos teóricos, principalmente os estudos que eu fiz (...) eu sempre fui pesquisando muito por conta própria e com amigos, vamos dizer assim, então tendo interlocuções. E, certamente, a análise clínica, o meu percurso de análise, que eu considero essas duas dimensões

essenciais. (...) Não sei se eu conseguiria colocar assim, uma coisa primeiro, depois a outra. (...) Talvez, o fundamental realmente seja a análise pessoal, o principal, mas o que me levou a ela foram os estudos teóricos. (Fragmento 74 – Psicólogo – Aluno)

---

Por fim, algumas observações sobre a diferença acerca da importância da teoria em dois subgrupos específicos: psicólogos e psiquiatras. Entre os psicólogos, a teoria psicanalítica é apresentada como disciplina obrigatória, durante a graduação. Nesse caso, a teoria introduz o campo de saber, de maneira mais sistemática.

---

Eu saí da formação, da graduação, já estudando a psicanálise um pouco e aí continuei meus estudos em psicanálise. (...) A psicanálise foi sendo apresentada no próprio curso. A formação de psicologia, ela tem essa relativa vantagem (...) porque dentro das linhas de psicoterapia, ela te dá um panorama minimamente razoável das diversas linhas terapêuticas (...) então foi um pouco desse percurso da graduação. Bom, eu tive psicologia comportamental, cognitivo-comportamental, psicologia analítica, eu me interessei por um tempo, antes da psicanálise até. (Fragmento 75 – Psicólogo – Supervisor)

---

Entre os médicos e psiquiatras, vale destacar as mudanças observadas na presença da teoria psicanalítica na graduação em Medicina e nos diferentes Programas de Residência Médicas em Psiquiatria, ao longo da história. Os fragmentos abaixo permitem identificar momentos em que a aproximação às teorias psicanalíticas fez parte do caminho formativo natural (décadas de 1960 e 1970), período anterior às tensões epistêmicas entre psiquiatria e psicanálise, sobretudo, na década de 1990, após a publicação do DSM-III.

---

Então por isso que eu falei até da Psicopatologia da Vida Cotidiana que eu li em 69, primeiro ano da faculdade, aquilo pra mim como se eu estivesse sendo introduzido à Faculdade de Medicina, a medicina pela psicanálise (...) no primeiro ano da residência fazia um grupo de estudos do Freud e de Bion. (Fragmento 76 – Psiquiatra – Supervisor)

Tudo que aparecia na faculdade de medicina eu me interessava, ia. E da psicanálise foi um curso que nós tínhamos (...) no sexto ano... no quinto, sexto ano, eu frequentava lá a X. (supervisora psicanalista), já tinha pacientes, atendia com supervisão dela. E também fazia supervisão com alguns psicanalistas na época. (...) A gente organizou um grupo que foi praticamente o primeiro grupo que tinha ambições de formação em psicanálise, e do Sedes Sapientiae, nós fomos os primeiros. (...) Nós éramos uns 10 que tínhamos esse grupo. E nós contratávamos os palestrantes, os supervisores. (...) Então esse momento assim, da entrada na residência foi um momento onde eu estava assim, bem próximo da movimentação psicanalítica argentina. (Fragmento 77 – Psiquiatra – Supervisor)

---

### 5.1.1.6 Questões pragmáticas relacionadas à vida profissional (Código 11 da Categoria Temática 1)

Alguns entrevistados apontaram, como motivação para aproximação à psicanálise, questões pragmáticas como a possibilidade de compatibilizar o interesse intelectual à atuação profissional e, assim, obter realização financeira por meio da psicanálise.

---

Eu não sei, porque eu acho que teve uma questão também muito pragmática na minha escolha, porque foi também uma escolha muito pensada profissionalmente. (...) Eu acho que talvez isso seja muito importante de dizer, porque não foi só uma coisa do tipo ‘fiz análise e achei, nossa, incrível e tal’. Não, foi uma coisa do tipo, ‘bom, eu quero mudar de carreira, eu tenho tais e tais atributos. Então eu tenho essa sensibilidade, eu tenho uma curiosidade sobre isso, isso e aquilo, eu gostaria de trabalhar de uma determinada forma’, (...) foi bem assim, foi de uma forma bem pragmática, pelo menos de se fazer psicologia. (...) o mercado de trabalho também que eu estava, era um mercado de trabalho em que a remuneração pra aquilo que eu tinha mais afinidade era muito mais baixa, era muito baixa. Eu tinha pouca possibilidade de crescimento. (...) Então também teve... isso também foi uma coisa muito importante assim. Era algo que eu... também queria ganhar dinheiro. (Fragmento 78 – Psicóloga – Aluna)

---

Em alguns relatos essas questões aparecem quando os entrevistados retomam o momento de escolha de cursos de graduação (por exemplo, psicologia), associando essa escolha com a futura aproximação da psicanálise. Em outras situações, aparecem em virtude da mudança de trajetória, caso frequente entre os analistas leigos.

---

Eu estava gostando de filosofia. Só que daí eu achava que... eu não queria ser professor de filosofia, eu achava que eu não teria outras oportunidades se eu fizesse uma faculdade de filosofia. Eu nem sei como que veio a ideia da psicologia, mas eu pensei na psicologia como algo que me daria mais oportunidades profissionais. (Fragmento 79 – Psicólogo – Aluno)

E aí eu me formei em 2016 e aí eu já comecei a conversar com a psicóloga naquela época, terapeuta, que eu estava pensando então, essa minha saída do direito podia ser através da psicanálise, porque eu tinha pensado a princípio em dar aula de filosofia, né? Mas aí também há um problema porque começou aquela história de... que depois acaba se concretizando, né? Depois que a Dilma sai da Presidência da República acaba se concretizando que eles tiram a filosofia do currículo do ensino médio (...) aí eu peguei e falei: mas acho que esse (psicanálise) pode ser um caminho (de trabalho). (Fragmento 80 – Analista leigo – Aluno)

---

### 5.1.1.7 Integração das motivações e centralidade dos efeitos percebidos “na própria carne” – a metáfora da “casca de cebola”

Ao discutir os modos como as diferentes motivações para adesão à psicanálise interagem entre si e operam na determinação das trajetórias profissionais, uma entrevistada apresentou uma interessante metáfora. Ela comparou a integração desses fatores com as diversas camadas da “casca de uma cebola”.

---

Quando eu fui atendendo as pessoas (...) como psiquiatra, mais as discussões de caso que a gente tinha lá, de psicanálise, mas eu estava vivendo, na pele, como (...) analisanda, né? Não sei, alguma coisa foi fazendo sentido, fui ficando mais curiosa pra saber o que que se passava comigo, assim, sabe? (...) Em algum momento, essa curiosidade minha aumentou e eu passei a ser mais ativa na minha análise, de querer saber o que que estava acontecendo. De eu começar a me perguntar das coisas, né? Tudo foi meio junto, assim, não sei dizer, né... (...) é tudo muito junto. É como se fosse uma cebola meio descascada, assim, sabe? Que olhando pra trás, hoje, eu penso, cara, como que eu não percebi que essa era a área que eu devia ter feito, sabe? Porque eu sempre fui, na minha casa, muito sensível (...) muito observadora, né, tipo, eu tinha interesse por essas questões, né? (Fragmento 81 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Vários outros entrevistados confirmaram esse modo de compreender a aproximação com a psicanálise, mostrando percepções semelhantes do complexo caminho formativo daqueles que incluem a psicanálise entre os seus referenciais.

---

Tudo acontecendo ao mesmo tempo, cada coisa no seu eixo assim, mas concomitantes. E percebendo, que sua análise caminha, que você vai tendo discussões, supervisões, sensação de tá caminhando pessoalmente e também caminhando na prática, no trabalho. Você vai vendo... acho que fui experimentando isso, né, como a escuta, como a percepção de significados, a subjetividade, interferiram e interferem diretamente na forma de pensar. (Fragmento 82 – Psiquiatra – Supervisor)

---

A despeito da singularidade de cada trajetória, articulando as diferentes motivações de maneira peculiar, algumas linhas de força se mostraram fundamentais, em especial o caráter central do contato do profissional com o próprio psiquismo, com os efeitos da análise pessoal e com as “intuições” sobre a importância da psicanálise, decorrentes de experiências e percepções no campo da clínica em saúde mental, a partir da experiência de escuta do outro. Os relatos indicam que os demais fatores, como as influências socioculturais, a relação transferencial com os supervisores, os estudos teóricos e as questões pragmáticas demandam

uma contrapartida encarnada e potente do contato do profissional com os primeiros fatores citados.

---

No comecinho, ler a teoria, né? Comecei pelos livros, mas na faculdade os supervisores foram essenciais assim. Se não fosse os testes projetivos, se não fosse a Y. (supervisora), eu não sei o que teria sido de mim assim, porque realmente me mostrou um mundo, me abriu um espaço. Mais tardiamente, aí a análise pessoal realmente virou o pilar. (Fragmento 83 – Psicólogo – Aluno)

Quando eu fui fazer análise, a ideia de ser escutada, disso ter lugar, é muito diferente, né? Acho que a paixão existe antes, mas até o processo mesmo de transformação (...) é muito... se deu na minha análise, então também daí é uma coisa que é menos do interesse intelectual e mais de uma coisa de, como essa pessoa disse, de ver funcionando por dentro, mas de ver também que aquilo tem uma potência clínica, que não é... de fato, né, que te muda de lugar, que não é só intelectual, né? (Fragmento 84 – Psicóloga – Supervisora)

Eu comecei a fazer análise depois que eu comecei a estudar. (...) Eu era bem assim, focada no ponto de vista de carreira, sabe, o que eu preciso para ir para tal lugar. (...) Então a análise pra mim só entrou como uma questão quando eu ouvi, na sala de aula, a professora falar, ‘não nasce um analista sem análise’. (...) Eu entendi que era tipo um pré-requisito de trabalho assim. É lógico que depois que eu entrei na análise eu vi que era uma outra coisa. E aí... enfim, as razões pelas quais eu continuei fazendo análise mudaram completamente. (...) Eu acho que era uma coisa que eu vinha tentando negar, que é muito da minha história mesmo assim, das minhas questões familiares, dos meus conflitos, das minhas angústias, o quanto que isso estava em jogo na minha vida, na forma como eu penso, o quanto isso não estava de fora, né, o quanto isso estava dentro. Então, na verdade, eu não fui estudar psicanálise (...) porque eu tinha interesse intelectual. Eu fui estudar porque eu estava sofrendo, porque eu tinha dúvidas se eu era ou não louca, sabe? (...) Se você me perguntasse na época, eu ia dizer que era porque eu tinha interesse em Freud, entende? (...) A psicanálise me recolocou o sentido das minhas escolhas. (Fragmento 85 – Analista leiga – Supervisora)

---

5.1.2 Categoria Temática 2 – Motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.

Será apresentado neste tópico o conjunto de respostas relativo à segunda pergunta: quais as motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”, realizado pelo NP do IPq-HC/FMUSP. O Quadro 4 reúne os 14 códigos criados. As diferentes cores reúnem códigos relacionados entre si e que, por isso, serão apresentados e discutidos conjuntamente ao longo do texto.

Quadro 4: Categoria Temática 2 – Motivações e determinantes da busca específica pelo curso de aprimoramento “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.

<b>Códigos</b>
<b>1) Aprimoramento clínico</b> (atendimento e supervisão)
<b>2) Aprimoramento teórico</b>
<b>3) Desenvolvimento de Escuta ampliada</b> do sofrimento psíquico
<b>4) Caráter iniciático</b> do curso
<b>5) Contato com Pacientes graves e de psicopatologias complexas</b>
<b>6) Busca de um Grupo Psicanalítico</b>
<b>7) Transferência com supervisores e com o grupo</b>
<b>8) Desejo de Transmissão da psicanálise</b>
<b>9) Curso oferecido no IPq/FMUSP</b>
<b>10) Experiência de psicanálise na Área da saúde ou interface com a medicina</b>
<b>11) Experiência de psicanálise no Serviço Público</b>
<b>12) Legalização do atendimento clínico por Analistas leigos</b>
<b>13) Construir <i>networking</i></b>
<b>14) Continuação</b> de atendimentos iniciados na Residência Médica

#### 5.1.2.1 O aprimoramento teórico-clínico (Códigos 1, 2, 3, 4 e 5 da Categoria Temática 2)

Aprimoramento teórico-clínico em psicanálise é o motivo mais óbvio da busca dos entrevistados, alunos ou supervisores, pelo curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.



A ênfase principal dos alunos está na possibilidade de atendimento clínico, acompanhado de supervisão. É comum que profissionais no início da carreira (“caráter iniciático”), busquem o curso pela possibilidade de atender pacientes em psicanálise (ou psicoterapia psicanalítica) pela primeira vez. Acontece com psiquiatras recém-saídos da Residência Médica, psicólogos recém-formados e, como será visto, adiante, em detalhes, com os analistas leigos interessados em iniciar, de maneira legal, os primeiros atendimentos supervisionados.

O depoimento abaixo, de um ex-residente do IPq-HC/FMUSP, exemplifica a intenção de continuar o aprimoramento clínico, junto ao mesmo grupo frequentado durante a RM (NP do IPq/FMUSP), a partir da experiência prévia do entrevistado:

---

O meu interesse nesse grupo era ter essa experiência clínica de atendimento porque acho que é onde eu mais aprendi, sendo bem honesto, assim. Eu aprendi mais no contato, na dificuldade, e dizendo e vendo o que os supervisores tinham pra me dizer. (Fragmento 86 – Psiquiatra – Aluno)

---

Em outro depoimento, uma aluna conta que buscara o curso para se aproximar clinicamente do campo psicanalítico pela primeira vez, visto que o Programa de Residência Médica cursado por ela não contemplava satisfatoriamente a área de psicoterapia.

---

E aí ela (supervisora) conversando, falou assim, ‘por que que você não começa a formação (em psicanálise)?’ E eu falei (...) ‘eu não tenho a menor experiência clínica, eu nunca atendi como analista, como terapeuta de alguém, eu só atendi como psiquiatra clínica, minha residência era muito pouco de psicoterapia’. (...) Alguns meses depois, ela me ligou falando que (...) tinha esse curso e como que era, né, dos atendimentos e tudo mais. (Fragmento 87 – Psiquiatra – Aluna)

---

Os depoimentos seguintes mostram motivações parecidas, no início da trajetória profissional de psicólogos e analistas leigos (caráter iniciático do curso):

---

Uma aproximação com a clínica porque eu achava importante ver clinicamente alguma coisa que eu pensava teoricamente (...) não dava pra ficar só no livro, quer dizer, era importante essa experiência clínica (...) o HC pra mim era uma oportunidade de ver pacientes que talvez eu... por exemplo, se eu não tivesse atendido no HC talvez eu nunca tivesse atendido, sabe? (Fragmento 88 – Psicólogo – Aluno)

Eu estava recém-ingresso na Sociedade (SBPSP) e eu, vindo de outra formação, eu não tinha muita experiência clínica, aliás, não tinha experiência clínica. E eu estava tentando investigar como é que eu poderia começar a

desenvolver experiência clínica. E o meu analista (...) comentou a respeito do curso. (Fragmento 89 – Analista leigo – Supervisor)

---

Com relação às especificidades do aprimoramento buscado, alguns entrevistados enfatizaram a demanda por um refinamento da escuta clínica, tornando-a mais bem instrumentalizada para considerar os aspectos subjetivos, singulares e inconscientes da vida mental e do sofrimento psíquico. Codificadas como “desenvolvimento de escuta ampliada do sofrimento psíquico”, tais respostas dizem respeito à busca do curso com esse objetivo específico.

---

Então o meu interesse no curso foi (...) essa oportunidade de ter uma escuta diferente do que eu estava acostumada e que eu não me identifico. Eu não consigo me identificar com a escuta da psiquiatria clínica, do sintoma, da coisa mais redondinha, sabe? ‘Aí, você não tá dormindo? Você tem dificuldade pra dormir? Você tem dificuldade pra começar? Você acorda no meio da noite ou você desperta de manhã muito cedo?’ Eu tinha muita dificuldade com isso. Eu gostava de conversa mais solta. Então eu queria experimentar esse lugar. (Fragmento 90 – Psiquiatra – Aluna)

Eu estava (...) muito envolvido com pesquisa clínica mesmo, projeto de doutorado e aí (...) quando eu tive um pouco mais de tempo pra poder refletir os rumos da minha vida, o que eu queria pra minha prática, pro meu dia a dia, esse lado da subjetividade, ele passou a ter uma importância por meio de leituras, de filmes, voltou a ter uma importância, a ter espaço, né? Que importância sempre teve, mas ter espaço pra se manifestar e eu pensei: ‘putz, por que eu não volto a esse interesse inicial aí da psicanálise?’ e aí eu resolvi bater um papo com o X. (supervisor) sobre como eu poderia fazer esse movimento, né? (Fragmento 91 – Psiquiatra – Aluno)

---

Outros entrevistados enfatizaram que a busca pelo curso, oferecido numa instituição psiquiátrica, era baseada na possibilidade de contato com “pacientes graves” e de “psicopatologias complexas”. Nos exemplos seguintes, incluem entre os “casos graves”, a psicose e os transtornos mentais crônicos:

---

Eu também tinha muita, muita vontade de ver o que que era... como era um hospital psiquiátrico e ter uma experiência de trabalho em um hospital. E eu tinha um pouco de vontade de ter algum tipo de contato com um caso grave. (...) Eu queria contato com outras pessoas pra discutir casos clínicos, contato com aluno da residência, da medicina também, contato um pouco com a psiquiatria, contato com casos graves. (Fragmento 92 – Analista leigo – Aluno)

Eu fiquei muito curioso porque a gente, na formação (em psicanálise) (...) essa questão da psicose é muito... não sei, é (...) é muito *en passant* assim, e é muito superficial a forma com que se fala sobre isso. Então eu achei que poderia ser

um lugar interessante pra poder ter outras visões da psicanálise a partir de um viés diferente, tipo, voltado, mais voltado pra pacientes graves. (...) Eu tive a sensação de que talvez fosse a grande oportunidade que eu teria pra poder trabalhar com esses pacientes. (Fragmento 93 – Psicólogo – Aluno)

Eu vejo muita gente dizendo que o tipo de paciente é muito atraente. (...) Acho que tem essa coisa de ser muito cronificado, de, de repente, você ter acesso a alguém que passou por muitas formas de tratamento que não deram certo e que a psicoterapia acaba sendo a última alternativa, então essa coisa da cronificação. (Fragmento 94 – Psicóloga – Supervisora)

Por fim, ainda que menos enfaticamente, alguns entrevistados apontaram o interesse por aprofundamento teórico no campo psicanalítico, como motivação para frequentar o curso:

E a segunda motivação também, tão importante quanto a primeira, é a reciclagem, né, a revisão teórica, a possibilidade de ventilar questões, de se aprofundar ou de poder olhar por outros ângulos, né? (Fragmento 95 – Psicóloga – Aluna)

O treinamento e aprofundamento teórico em psicanálise. (Fragmento 96 – Psiquiatra – Aluno)

#### 5.1.2.2 A busca de um grupo psicanalítico (Códigos 6, 7 e 8 da Categoria Temática 2)

Além do aprimoramento teórico-clínico em psicanálise, outra motivação relevante da busca pelo curso é o interesse em “pertencer” a um grupo psicanalítico com características específicas, conforme será explicitado adiante. Neste tópico, foram reunidas as respostas codificadas como “busca de um grupo psicanalítico”, “transferência com supervisores e com o grupo” e “desejo de transmissão da psicanálise”.

Destacamos, inicialmente, o interesse dos psiquiatras egressos do Programa de Residência Médica do IPq-HC/FMUSP, em manter, por meio do curso, o vínculo com o grupo constituído ao redor do Núcleo de Psicanálise (NP), do IPq-HC/FMUSP. Muitos psiquiatras ressaltam a importância do vínculo afetivo com o grupo, fator considerado fundamental para o desejo de “pertencimento” a ele:

As pessoas. As pessoas. (...) O que tem de mais fundamental pro grupo, que é o vínculo. (...) É isso que une as pessoas, a transferência. Por isso que a gente continua junto, né? Eu falei, no IPq, o que acontece é isso. O pessoal está ficando porque gosta do X., gosta do outro, gosta do grupo, gosta de estar juntos, é por isso que eu fico lá. (Fragmento 97 – Psiquiatra – Supervisora)

Eu trabalho com o X. desde a Idade Média, há muito tempo, né? Então eu já dou com ele muitas supervisões pros residentes, lá do IPq, de R1, R2 e R3, de

psiquiatria. A gente dá supervisão de psicanálise juntos há muitos anos, assim, tipo, incontáveis, nem sei se há 20 anos, sei lá, muitos anos. Então, pra mim, era uma coisa natural, assim, participar desse curso (...) com o X., com a turma, de pessoas queridas da Sociedade (SBPSP), que são pessoas que falam de uma maneira que me faz sentido também e que têm as mesmas preocupações. (Fragmento 98 – Psiquiatra – Supervisora)

Eu acho que a coisa de estar num círculo psicanalítico, de ter mais trocas. Eu gostava da aula teórica, mas assim, eu gostava também muito de conhecer as pessoas. Eu gosto muito da coisa do afeto (...) Apesar de eu nem ter tanto assim, né, vínculos, assim, com muita gente, assim, mas eu gosto da coisa do pertencimento. (Fragmento 99 – Psiquiatra – Aluno)

---

A ligação transferencial com supervisores, ao longo da Residência Médica ou em outros contextos, é destacada como motivação para a busca e participação engajada no curso:

---

O contato com esse curso foi através da Residência, contato com o X. durante a Residência. Os 3 anos ele foi meu supervisor (...) parte da grade da formação da Residência (...) quando eu fui terminando a minha Residência fui me interessando cada vez mais pela psicanálise, por trabalhar com psicanálise. (...) Eu queria manter esse vínculo, o X. é uma pessoa que marcou muito, assim, meu desenvolvimento, a minha trajetória, o tipo de médico, de psiquiatra, que eu gostaria de ser, e não queria perder esse contato. Eu aprendi muito ali. (...) E aí fui tendo contato com outras pessoas ali do departamento. A Y., com o Z.... (...) foi uma aproximação que você acha que foi importante aí, né? Nessa decisão. (...) E querer manter o contato com esse grupo. (Fragmento 100 – Psiquiatra – Aluno)

Foi com o X. também, eu queria ficar com ele, que também... não sei, eu gostei dele, era uma transferência também. (...) é uma coisa muito louca, porque assim, é uma transferência que você acaba confiando muito na pessoa e se deixa ir junto com o grupo. E eu me envolvi muito. (Fragmento 101 – Psicóloga – Supervisora)

---

Outro fator apontado como motivação para adesão ao curso é o desejo de transmissão da psicanálise, bem como o aprendizado e treinamento relativo a essa transmissão:

---

Durante a Residência, durante o internato eu sempre gostei de ficar com as turmas mais jovens que eu e ao mesmo tempo acompanhando, ensinando alguma coisa, eu sempre curti essa coisa de transmissão e isso meio que foi se desdobrando também dentro do campo da psicoterapia e da psicanálise. (...) O que eu queria era treinar e aprender o máximo possível a dar supervisão, a ficar mais treinado e com mais instrumentos e mais confiante com a supervisão. (...) Esse curso oferecia todas as condições pra que eu me lançasse de uma forma mais rápida de ir ao encontro de uma coisa que eu achava que eu gostaria e que eu sempre gostei. (Fragmento 102 – Psiquiatra – Supervisor)

Eu comecei a ter vontade de dar supervisão, de transmissão. Isso é uma coisa que eu sempre fiz. Isso é uma coisa em qualquer lugar da minha trajetória,

assim, eu era monitor na faculdade de medicina, eu dava aula particular no colégio. Essa ideia de dar aula, de transmitir conhecimento, é uma coisa que sempre esteve presente. (...) E, na psicanálise, foi a mesma coisa, assim, quando eu cheguei lá, no Serviço de Psicoterapia, eu pensava, bom, não vou ficar aqui só pra atender esse caso dessa menina e participar da supervisão. A partir do momento que o X. me dá a palavra e diz, bom, você tem alguma coisa a oferecer para os residentes? Eu falei, ‘putz, eu tenho vontade de dar supervisão para os residentes’. (...) E aí, um dia, (...) integrantes do curso, me procuraram pedindo pra eu abrir um grupo de supervisão. (Fragmento 103 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Outros depoimentos reforçam a ideia da busca de um “grupo psicanalítico” situado fora das instituições oficiais de formação psicanalítica. Explicitam as expectativas com relação a esse grupo, como diversidade de pensamento psicanalítico, transdisciplinaridade, possibilidade de interlocução e horizontalidade. Reforçam, assim, a perspectiva de um grupo adequado às primeiras aproximações ao campo psicanalítico, experimentada de forma democrática, refratária aos dogmatismos e à ortodoxia formativa.

---

Eu queria ter um pouco de contato com o que estava acontecendo de psicanálise fora desses núcleos com quem eu me relacionava, né? (...) Chegava a mim algo da ordem de um ecletismo que acho que existe e que continua me interessando muito, no âmbito do Serviço (...) eu acho que tem gente de todos os campos aí, digamos, da psicanálise (...) sob diferentes influências, né, isso é interessante, ouvir todo mundo falar o que pensa de maneira, digamos assim, com repertórios diferentes, para ver se a gente inclusive tá falando a mesma coisa, né? (Fragmento 104 – Analista leigo – Supervisor)

Lá tem uma questão mais... é mais democrática, a forma de discussão nos seminários eu achei interessante, a dinâmica é boa. (...) é menos professoral, né? (...) A dinâmica que acontece aí no IPq acho que é mais horizontal, menos esse ar professoral e um pouco mais... um pouco menos rígido no sentido da... da técnica psicanalítica no sentido desses lacanianos, freudianos que ficam brigando com essas técnicas todas. Ele se preocupa mais com o paciente e menos com essas pessoas, entendeu? Eu achei interessante. (Fragmento 105 – Analista leigo – Aluno)

A heterogeneidade das pessoas. Apesar de haver um traço muito marcado de um tipo de formação analítica comum a muitos dos participantes, o curso tá aberto a pessoas que vêm de várias psicanálises, de várias formações e que se encontram pra propor esse acompanhamento dentro do contexto dum hospital psiquiátrico SUS e eu acho isso muito rico mesmo como experiência, tanto de escuta clínica quanto de troca entre colegas. (Fragmento 106 – Psicóloga – Supervisora)

De ter essa prática mais transdisciplinar, acho que isso é uma coisa que encanta. (Fragmento 107 – Psicóloga – Supervisora)

---

### 5.1.2.3 Interfaces com o IPq-HC/FMUSP, com a saúde, a medicina e o serviço público (Códigos 9, 10 e 11 da Categoria Temática 2)

O interesse de parte dos entrevistados pelo curso é relacionado ao valor atribuído por eles ao IPq-HC/FMUSP e à possibilidade do trabalho psicanalítico na interface com as áreas da saúde, medicina e psiquiatria.

A vinculação do curso ao IPq, ao Hospital das Clínicas e à Universidade de São Paulo foi associada com “excelência”, “prestígio” e “credibilidade”, o que influenciara o interesse de parte dos entrevistados.

---

Do nome do HC que empresta, do que significa estar numa instituição tão reconhecida, com tanta excelência, ser vinculado à USP, a ideia de estar em um hospital escola, né? (Fragmento 108 – Psicóloga – Supervisora)

Por ser uma instituição de muito respeito, muito prestígio, séria. (Fragmento 109 – Psiquiatra – Aluna)

Primeiro acho que tem uma questão institucional da credibilidade que tem a instituição. (Fragmento 110 – Analista leigo – Aluno)

---

A interface com o campo da saúde despertou, por sua vez, o interesse de profissionais cuja aproximação à psicanálise se dera principalmente a partir das humanidades, como a filosofia e as ciências sociais. Um dos entrevistados exemplificou, de maneira clara, esse interesse, a partir da compreensão da psicanálise em zona de interface entre ciências humanas e naturais:

---

Eu fui para lá (...) pra me aproximar deste ambiente, que é, como eu disse, dessas ciências e da saúde. (...) Eu sempre tive (...) esta ideia de que a psicanálise, ela tem essas vizinhanças. Então eu nunca achei que a psicanálise poderia ser compreendida pela filosofia, tampouco poderia ser englobada pelas ciências naturais, mas ela ocupa esses lugares (...) isso sempre me intrigou como objeto, como fundamento. Então a entrada lá foi um tanto por isso, pra conhecer o grupo, pra conhecer as pesquisas e, neste ambiente que, até então, não era um ambiente que eu frequentava, mas que tinha muito interesse. (...) E o meu trajeto anterior, dentro da psicanálise, não tinha passado pela área de saúde em nenhum momento. (...) Então o meu percurso estava dentro deste campo, mas bordeando mais o diálogo com as áreas das humanidades. (...) Eu já percebia que eu não tinha este diálogo com as ciências naturais e eu achava importante. (Fragmento 111 – Psicólogo – Supervisor)

---

Outra entrevistada destaca o interesse pela interface entre psicanálise e medicina, a partir das diferenças de método (método anátomo-clínico e método psicanalítico) e das possíveis

intervenções em saúde mental. Ela explicita o interesse em ampliar seus conhecimentos e interesses nessa intersecção:

---

Outra motivação, foi essa interface com a medicina, pra não ficar naquela onipotência que a psicanálise pode tudo (...) que não se toma remédio, a não medicalização... eu também sou... enfim, mas com ressalvas, né? Então isso foi uma coisa que (...) na experiência das supervisões, na experiência de conhecer outras pessoas, psiquiatras, psiquiatras que têm outro olhar, me fez pensar assim, ter esse molejo, uma coisa mais flexível, mais permeável, né? (Fragmento 112 – Psicóloga – Supervisora)

---

Por último, destacamos os entrevistados que consideram a possibilidade de exercício da psicanálise no Serviço Público, como fator importante para a vinculação ao curso. Enfatizam o interesse pelo debate sobre o acesso à psicanálise, de maneira menos “elitizada” e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

---

Pensar essa psicanálise para além desse lugar que, muitas vezes, é pensado como elitizado. (...) um espaço de pensamento da psicanálise, de cuidado em psicanálise, mas, acima de tudo, um lugar aonde o atendimento também se dava dentro desse formato de atendimento ao público, de cuidado ao público (...) E o IPq entra como essa parte, um lugar de pensar a saúde mental, né, dentro de um espaço que é um pouco nessa coisa do trabalho que é social (...) me vincular a um espaço que é o espaço que presta um serviço à comunidade, então acho que é mais nesse sentido, essa motivação pessoal. (Fragmento 113 – Psicólogo – Aluno)

Talvez a primeira delas seja a psicanálise como atividade clínica e a psicanálise no contexto do SUS, que é algo que me interessa muito. (...) Eu acho que tem, no caso, um interesse na psicanálise no hospital público, não necessariamente psiquiátrico. (Fragmento 114 – Psicóloga – Supervisora)

---

#### 5.1.2.4 Legalização do atendimento clínico por analistas leigos (Código 12 da Categoria Temática 2)

A busca de vários entrevistados pelo curso está relacionada à possibilidade de analistas leigos iniciarem atendimento clínico supervisionado em psicanálise, algo exigido por vários Institutos de Formação Psicanalítica como pré-requisito para formações oficiais.

Analistas leigos são psicanalistas que não tiveram origem formativa na medicina ou na psicologia. Dentre os entrevistados, há participantes oriundos do direito, filosofia, comunicação, economia e odontologia. Apesar dos principais Institutos de Formação Psicanalítica serem teoricamente adeptos à psicanálise leiga, muitas vezes, paradoxalmente,

eles exigem, para início da formação, a comprovação de experiência clínica do candidato. Poucos lugares oferecem a possibilidade de início do atendimento psicanalítico supervisionado para analistas leigos.

---

Eu descobri o curso porque eu estava querendo entrar na formação de psicanálise (...) o meu objetivo, como eu vinha de outra área, era começar uma clínica pra tentar entrar na formação, porque eu sei que (...) precisa ter a clínica. (...) e aí ele (entrevistador do processo seletivo para formação) falou: (...) ‘mas eu conheço um lugar legal que você pode começar a clínica’. (...) Começar a atender, ter a oportunidade, né, de atender porque é isso, essas escolas (...) apesar de abrir essa porta pra quem não é psicólogo ou médico, ao mesmo tempo é uma porta que tá meio fechada ali, (...) ‘como eu vou ter se a escola não tá me oferecendo essa clínica, né?’ (...) Onde eu começo? (...) Eu não tinha essa autorização de começar. (...) Eu busquei por esse sentido assim, de entrar num lugar que eu sabia que eu ia poder começar uma experiência e estar num grupo, poder falar sobre essa experiência com outras pessoas e aprender. (Fragmento 115 – Analista leiga – Aluna)

---

#### 5.1.2.5 Demandas pragmáticas (Códigos 13 e 14 da Categoria Temática 2)

Alguns entrevistados atribuíram a busca pelo curso a objetivos pragmáticos. Destacamos a expectativa de criação de um “*networking*”, com uma possível rede de encaminhamentos de pacientes e, conseqüentemente, ingresso no mercado de trabalho:

---

Eu queria muito começar a fazer contatos, que pra começar a clínica é muito importante ter esse *networking* assim. E pra começar a ter mais paciente assim, mais experiência clínica, porque quando eu entrei eu acho que eu tinha tido dois pacientes na USP e acho que eu tinha um no consultório. (Fragmento 116 – Psicóloga – Aluna)

---

Outros disseram que a participação visava o cumprimento de uma regra institucional, vigente em determinado momento, que condicionava a continuidade dos atendimentos no NP do IPq-HC/FMUSP, após o término da Residência Médica de psiquiatria, à participação no curso.

---

A primeira e mais objetiva e, enfim, prática, foi que o X. (coordenador) determinou que todos que estivessem atendendo em psicanálise no IPq, nesse Serviço, deveriam participar do curso. Então como eu já atendia alguns pacientes no IPq em psicanálise e queria continuar o atendimento, eu não tinha outra opção que não fazer isso. (Fragmento 117 – Psiquiatra – Aluno)

---



## 5.2 *Objetivo específico 2*

O segundo objetivo específico da presente pesquisa é compreender, de maneira mais aprofundada, o que exatamente os profissionais de saúde mental entrevistados entendem por psicanálise, quais são suas percepções e ideias acerca da disciplina e que conceitos consideram fundamentais e constitutivos do campo.

Levou-se em conta que, pela própria extensão e diversidade do pensamento psicanalítico, e por se tratar de uma amostra heterogênea (três diferentes grupos: médicos/psiquiatras, psicólogos, analistas leigos, cada um composto de alunos e supervisores, ou seja, profissionais em diferentes pontos do percurso formativo), seria fundamental para alcançar o objetivo principal da pesquisa – compreender as circunstâncias, motivações e sentidos da presença dos referenciais teórico-clínicos psicanalíticos no âmbito do IPq-HC/FMUSP – saber mais precisamente quais entendimentos, acerca do campo psicanalítico, são priorizados pelo grupo, assim como os recortes teóricos e características da psicanálise responsáveis pela busca da psicanálise no âmbito da psiquiatria.

Os resultados incluem uma ampla variedade de respostas, algo esperado frente à pergunta aberta proposta pelos pesquisadores em um campo vasto de possibilidades. Entretanto, algumas linhas de força serão valorizadas na apresentação dos dados.

### 5.2.1. Categoria Temática 3 – Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.

Em primeiro lugar, as respostas foram codificadas e reunidas na Categoria Temática 3 (Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico). Essa categoria foi subdividida em 3 subcategorias: a primeira, em que os entrevistados destacam o que consideram “princípios” fundamentais da psicanálise, a segunda, as “teorias” constitutivas e fundamentais do campo psicanalítico e, por último, os aspectos fundamentais da “técnica” psicanalítica. A tabela abaixo apresenta as três subcategorias separadas por cores.

No caso deste segundo objetivo específico, a decisão foi apresentar o número de participantes que abordou cada um dos temas citados no conjunto total das entrevistas (análise frequencial), o que será justificado a seguir.

Tabela 2: Categoria Temática 3 – Percepções, ideias e conceitos considerados fundamentais e constitutivos do campo psicanalítico.

Código	Total de citações por código	Subcategorias temáticas
Demanda Autoquestionamento	02	Princípios
Escuta ampliada	08	Princípios
Ética	03	Princípios
Liberdade	03	Princípios
Subjetividade Singularidade Pessoalidade	05	Princípios
Complexo de Édipo	04	Teoria
Conflito Psíquico	04	Teoria
Desejo	03	Teoria
Estranho/Unheimlich	01	Teoria
Experiência emocional	02	Teoria
Fantasia Fantasia Inconsciente	02	Teoria
Inconsciente	32	Teoria
Método Psicanalítico	02	Teoria
Recalque Resistência	03	Teoria
Sexualidade Infantil Sexualidade Pulsão	08	Teoria
Sonho	03	Teoria
Transferência	18	Teoria
Associação Livre Atenção Flutuante	04	Técnica
Setting Enquadre	01	Técnica

Serão discutidos, inicialmente, os dados que se destacam em uma primeira análise frequencial. Segundo Bardin:

---

“fazer uma análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”. (Bardin, 2016, p.135)

---

É com essa perspectiva que o expressivo número de entrevistados que se referiram à noção de “inconsciente” (32 dos 47 entrevistados) e de “transferência” (18 dos 47), nos indicará o caminho para início da análise. Tomaremos a presença frequente e enfática desses conceitos – tanto no momento específico em que a questão é proposta diretamente, quanto no aparecimento espontâneo em diversos outros momentos da entrevista – como primeira linha de força que orientará a análise desta terceira Categoria Temática. Esclarecemos, portanto, que por não se tratar de um estudo quantitativo, não há aqui pretensões de generalização desses dados a partir de análise estatística.

## 5.2.2 Teorias

### 5.2.2.1 Inconsciente

A noção de “inconsciente” aparece na resposta de 32 dos 47 entrevistados, quando perguntados diretamente sobre o que considerariam “essencial e constitutivo” da psicanálise. Enfatizamos, ainda, que muitos dos entrevistados que não o citaram no momento da entrevista relativo à investigação desse segundo objetivo específico, fizeram referências a ele em outros momentos, ao longo das entrevistas.

Depreende-se das respostas que, coerentemente com o conceito psicanalítico clássico de inconsciente (Roudinesco, 1997, p. 374-8; Laplanche e Pontalis, 2008, p. 235-8), os entrevistados o compreendem como uma parte do psiquismo humano, da qual o sujeito não se dá conta, mas impacta sua vida mental, emocional e comportamental, podendo gerar sintomas psíquicos e sofrimentos. A clássica noção psicanalítica do “sujeito dividido” é explicitada em alguns trechos das entrevistas.

---

Um primeiro ponto é pensar na questão que existe um inconsciente, um sujeito dividido e dividido em que há questões que nem o sujeito mesmo sabe sobre si. Então que não somos chefes nem no nosso próprio castelo, que é aquela frase do Freud. (...) Tem coisas que motivam aquele sujeito que nem ele

mesmo se dá conta, e é importante a gente tentar entender o que que leva ao sofrimento, o que que leva a X ou Y. Então acho que o inconsciente é um conceito fundamental. (...) Eu acho que a ideia do inconsciente, eu me deparei mais com ela na parte clínica quando eu comecei a perceber que tinham movimentos, que tinham forças que levavam os pacientes a se manter numa situação de sofrimento ou a se colocar ou a estar de alguma forma em situações que, apesar de eles dizerem conscientemente e racionalmente, ‘eu não quero isso’, (...) ver que existia algo que mobilizava aqueles pacientes pra se manter sempre nessas situações começou a me despertar algumas coisas. (Fragmento 118 – Psiquiatra – Aluna)

---

O trecho acima reúne aspectos evidenciados em diversas entrevistas. A noção de “sujeito cindido/dividido” entre consciente e inconsciente, proposta por Freud, e retomada por Lacan, está presente em relatos que enfatizam o aspecto “vivo e dinâmico” do inconsciente, capaz de promover sintomas e sofrimento.

Nos dois trechos seguintes, a ênfase recai no impacto do inconsciente na vida psíquica. No fragmento 120, outros conceitos psicanalíticos, decorrentes da noção de inconsciente, aparecem, como neurose, psicose, cisão e núcleos psicóticos, os quais dizem respeito ao modo como a psicanálise compreende as formações psicopatológicas mais relevantes. O entrevistado lança mão desses conceitos para abordar os “nós” inconscientes que, segundo sua maneira de compreender, afetam o sujeito em sofrimento.

---

Pensar no inconsciente como algo que existe, que é dinâmico e que nos move, que nos movimenta, que está sempre ali. E que acaba influenciando de algum modo nas nossas ações e que faz parte do que a gente é. (Fragmento 119 – Psiquiatra – Aluna)

O inconsciente. Então a influência do inconsciente na nossa maneira de viver. Então, pra mim, é fundamental o quão inconscientes de nós mesmos nós somos e o quanto esses conteúdos nos afetam, sem que a gente perceba que estamos sendo afetados por eles, que nesse terreno do inconsciente existem diversos nós, diversos emaranhados que são as neuroses, que nós agimos muito nesse circuito neurótico nas nossas atividades, assim, diárias, sabe? Os nós, os emaranhados neuróticos e até as questões mais psicóticas mesmo, principalmente na questão das cisões da nossa personalidade porque os núcleos psicóticos, eles também atuam no nosso dia a dia, assim, muito mais do que a gente imagina. (Fragmento 120 – Psiquiatra – Aluna)

---

Além da divisão psíquica e do impacto do inconsciente na vida mental, outros aspectos relacionados ao inconsciente aparecem nos relatos.

- referências às especificidades da escuta do inconsciente e ao treinamento necessário para realizá-la, assim como às elaborações desse aprendizado, ao longo dos processos formativos.

---

A primeira coisa é o inconsciente, a dimensão do inconsciente, ficar procurando, apurando a escuta pra ouvir alguma formação do inconsciente, tipo uma falha, um sonho, um chiste e tal. (Fragmento 121 – Psicóloga – Supervisora)

Acho que a minha resposta vai ser um pouco óbvia, mas acho que o inconsciente, né? (...) estar com um paciente e de repente começar a ver isso aparecer. (...) eu tenho uma paciente que ela tem uma fobia, ela chegou falando de uma fobia, então eu achei muito legal pegar esse caso que é bem isso, parece que eu tirei de um livro assim, (...) é engraçado porque como eu estou nesse começo (...) eu fico empolgada. E essa paciente, ela tinha uma super fobia assim e nos primeiros encontros ela dizia isso, que ela não conseguia sair, que ela tinha muito medo e ela descrevia todos os sintomas do medo e tal (...) no mês passado por exemplo ela já começou a falar que ela começou a perceber algumas coisas, tipo, ter medo de desejar, sabe? (...) ela mesma começa a reconhecer assim que o medo não era daquilo que fazia ela ter medo, o medo acho que era de outra coisa. (Fragmento 122 – Analista leiga – Aluna)

---

- diferentes perspectivas relacionadas às teorizações sobre o inconsciente: constituição, modos de funcionamento e manifestação, e possibilidades de abordagem na clínica. Nos trechos abaixo, relações entre inconsciente e infinito, inconsciente e memória e inconsciente e objetos internos, além de referências a diferentes autores (Wilfred Bion, Luiz Cláudio Figueiredo, Gilberto Safra) e teorias (Teoria das Relações de Objeto, Teoria da Memória) dão mostras da heterogeneidade do grupo. Um entrevistado (fragmento 126) retoma o debate sobre o que seria específico do conceito de inconsciente, no referencial psicanalítico, diferenciando-o de outros saberes, tomando como referência a fenomenologia.

---

Evidentemente, falar do inconsciente, mas eu gosto de pensar o inconsciente como um campo aberto, eu acho que isso... que faz parte assim, da minha trajetória, tentar manter o inconsciente sempre aberto, vamos dizer assim. (...) Eu acho que um inconsciente que ele não esteja excessivamente saturado assim, pelas questões teóricas, que evidentemente são importantes e tudo, mas eu acho muito complicado quando ele fica muito marcado por isso assim. Então eu acho que, pra mim, é interessante... na linha do Bion, na linha do próprio Gilberto, o Luís Cláudio tem falado muito a respeito disso também, de tentar manter então esse inconsciente sempre como um mais além. Trate o inconsciente como infinito, né, é isso que tem sido dito. (Fragmento 123 – Psicólogo – Aluno)

O inconsciente quase como se fosse tipo uma... como se fosse essas memórias guardadas que... (...) como se fosse essa colagem de memórias que são guardados e que estão ali e que vão formando você, mesmo que você não tenha o acesso, você lembra aquilo, ela está dentro de você, ela está ali. E eu acho que, para mim, o inconsciente é isso, assim. (Fragmento 124 – Psicóloga – Aluna)

Acho que pensar o inconsciente (...) pensar que quando você tá escutando alguém analiticamente, você tá investigando as marcas no psiquismo dessa pessoa que vão constituindo objetos internos, uma subjetividade etc., e que é aí que você opera pra entender quando essa pessoa tá falando com o que de fato, que objetos ela tá se relacionando e quando ela tá se relacionando com você, esse campo do onírico e do ficcional é o que importa. (Fragmento 125 – Psiquiatra – Supervisora)

Alguma ideia de inconsciente (...) eu fiz um grupo de estudos de fenomenologia (...) para eles, não há esse conceito de inconsciente como algo que tem um mecanismo, um jeito próprio de ser, né? Aquilo que não é consciente é inconsciente, portanto, é incognoscível então acabou (...) qualquer tentativa de teorização, de conceituação ... sai da terminologia. (Fragmento 126 – Psiquiatra – Aluno)

### 5.2.2.2 Transferência

O segundo fator mais apontado (18 de 47) como essencial e constitutivo da psicanálise é o conceito de transferência. Segundo Roudinesco (1997), a transferência foi o

---

“termo progressivamente introduzido por Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909) para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocando na posição desses diversos objetos” (Roudinesco, 1998, p. 766-767).

---

Sabe-se que, ao longo da história da psicanálise, o conceito sofreu vários desenvolvimentos e transformações, mantendo, entretanto, posição central nas compreensões de como o método psicanalítico opera e nas construções teórico-clínicas relacionadas às relações analíticas, ao campo analítico e à função terapêutica.

Diferentemente do conceito de inconsciente, que aparece de maneira detalhada nos relatos, incluindo nuances e variações conceituais, o conceito de transferência não suscitou nos entrevistados grandes explicações ou delimitações conceituais, mantendo uma conexão com a ideia clássica, descrita anteriormente por Roudinesco, conforme o trecho abaixo.

---

A ideia de transferência também é uma ideia que é muito central, eu fico pensando mesmo na clínica. (...) A ideia de que em qualquer relação se repetem modos, reatualizam modos de agir ou de funcionar que remontam ao infantil de algum modo, né? Em qualquer relação, acho que isso é importante entender. E aí pro analista pensar onde ele está colocado (...) não necessariamente na linha interpretativa, mas no sentido de que é um operador importante do pensamento mesmo (...) o que que se reproduz ali, o que que se

repete ali, o que que se reatualiza ali que... que é do modo de ser daquela pessoa desde sempre, né, desde o infantil. (Fragmento 127 – Psicóloga – Supervisora)

---

A ênfase maior dos entrevistados diz respeito ao papel e à potência da transferência como motor do tratamento psicanalítico:

---

Quando eu penso em terreno analítico, é você usar a transferência, contratransferência como base do seu tratamento, do seu atendimento e da sua conexão com o paciente. (Fragmento 128 – Psiquiatra – Aluna)

Para mim é muito intensa, né, assim, na minha movimentação, vamos chamar assim, clínica, né, é uma intimidade gradual e muito mais consistente da força do que é transferência, entendeu? Eu acho que durante muito tempo eu lidei com a transferência como se ela fosse uma história banal. E não é. É uma história muito forte, muito intensa e perigosa. E quantas e quantas análises que eu tive com os meus pacientes que eu acho que não tiveram uma solução feliz, foi por conta de que eu nunca tinha realizado realmente qual era a força da transferência. E por essa lacuna, por essa coisa, eu cometi erros assim, eu vejo erros. (...) A transferência. Como um grande abacaxi assim, da história do analista. (...) E eu sempre me atrapalhei muito com a transferência. Acho que valorizei às vezes indevidamente ela. Hoje, eu acho que eu sei melhor por que que uma pessoa vem me procurar pela terceira vez, apesar de eu não ter dito absolutamente nada pra ela. E depois, ela vem na quarta, vem na quinta, vem na sexta. E eu continuo sem entender absolutamente... (Fragmento 129 – Psiquiatra – Supervisor)

---

A ideia de que a transferência confere especificidade à psicanálise e ao seu método de tratamento, é bem desenvolvida por um dos entrevistados que aponta o “manejo da transferência” pelos psicanalistas como algo diferente e específico.

---

Eu tive várias terapeutas (...) ao longo da vida, então acho que a experiência que eu tive de diferença, com psicanalistas, tem a questão da transferência, alguma coisa que os psicanalistas fazem, que eu só senti com psicanalistas, que é algo relacionado à transferência. E eu acho que é sobre o manejo da transferência. (Fragmento 130 – Psiquiatra – Aluno)

---

### 5.2.2.3 Outras teorias e conceitos psicanalíticos

A extensão e a pluralidade da teoria psicanalítica aparecem na pesquisa pela maneira como, ao lado dos conceitos já referidos como centrais, inconsciente e transferência, vários outros são lembrados por diferentes entrevistados. Além disso, percebe-se que são conceitos

inter-relacionados. Em algumas entrevistas, essa imbricação conceitual fica evidente, como nos exemplos abaixo:

---

Eu acho que é a ideia de inconsciente, a ideia da pulsão que se movimenta através da transferência, que evoca o fenômeno da contratransferência também por outro lado, a transferência como resistência a você conseguir pensar em alguma coisa e simbolizar alguma coisa e tudo isso orquestrado pelo complexo de Édipo, assim, pelos objetos paterno, materno. (Fragmento 131 – Psiquiatra – Supervisor)

Importar a ideia do Lacan... de que, em psicanálise, a gente tá trabalhando com sexualidade infantil, inconsciente, transferência e recalque, ele acha que isso dá um quadro que é útil. (Fragmento 132 – Analista leigo – Supervisor.)

---

Sobre os demais conceitos citados, destacam-se as noções de “sexualidade, sexualidade infantil e pulsão”, eixo do pensamento freudiano, sobretudo, presente na Teoria da Libido (Laplanche; Pontalis, 2008, p. 265-7).

---

Acho que a questão do erótico, da sexualidade. É fundamental. (...) Porque precisamos ser libidinizados, né, investidos. Então... a minha clínica é do arcaico, o meu interesse é pelo encontro, o que deu certo e as falhas que ocorreram. Mas a questão da erótica, né, pensando nas ligações, pensando que somos seres do social, seres de ligação, não vivemos sozinhos. (...) O que a psicanálise tem a oferecer? É só associação? É só falar, aí, que eu tenho um desejo reprimido pela priminha, pelo priminho ou pelo vizinho ou pelo cachorro. Será que é só? De que erótica nós falamos? De que erótica a psicanálise fala? E é a erótica do desejo, é a erótica de ligação com o outro, de Eros, de vida, de ligar-se com o outro. (Fragmento 133 – Analista leiga – Aluna)

Eu tô (...) achando muito interessante a sexualidade infantil, assim, a sexualidade. (...) porque é algo que tá... tá muito vivo na minha clínica, tá muito vivo na minha análise (...) e com meus pacientes também. (...) Um exemplo de uma paciente, que a gente deu supervisão lá no grupo (...) tinha uma questão com... ela parecia ser alguém muito controladora, na análise, na vida. (...) me veio uma ideia um pouco de passividade e atividade na história, né? Menos do controle e mais... algo desses papéis. E a gente foi começando a conversar e aí (...) um monte de coisas que a paciente trouxe sobre a vida sexual infantil dela, né? Todas essas histórias que apareceram. E aí o caso começou a virar uma riqueza que quando acabou a supervisão, aí que a gente falou, cara, que supervisão legal, assim, parece que a gente chegou numa camada muito profunda, sabe, do que estava em jogo, mesmo que não fosse comunicado pro paciente aquilo, na hora, porque obviamente não seria, né, mas a gente sentiu que ajudou a gente pra discutir, ajudou quem estava atendendo também. Nossa, é isso que está em jogo. Isso do infantil que ressurgiu, sabe, que volta. (...) porque volta mesmo, né? Eu acho que... é o complemento do inconsciente (...) o que que volta sempre do inconsciente? É o infantil, né? (Fragmento 134 – Psiquiatra – Supervisora)

---



Conforme a Tabela 2, os outros conceitos psicanalíticos citados foram: Complexo de Édipo, conflito psíquico, desejo, *unheimlich*/estranho, experiência emocional, fantasia/fantasia inconsciente, método psicanalítico, recalque, resistência e sonho.

### 5.2.3 Princípios

Além das respostas que enfatizam as “teorias” consideradas por esse grupo como fundamentais e constitutivas do campo psicanalítico, outro grupo de respostas enfatiza o que chamamos aqui de “princípios” da psicanálise. São noções mais amplas que, segundo os entrevistados, definiriam e discriminariam o campo de outras disciplinas. Os dois aspectos principais incluídos nessa categoria dizem respeito à uma escuta específica e a uma ética própria da psicanálise, ancoradas na subjetividade, na singularidade e na pessoalidade.

Vários entrevistados compreendem que o que constitui a psicanálise é a especificidade da escuta. Atenta ao que é característico do sujeito que fala (subjetivo, singular) e àquilo que escapa do “conteúdo manifesto” da fala, indo em direção de seu “conteúdo latente”, dos sentidos encobertos, em última instância, daquilo que aparece como formação do inconsciente.

---

A coisa da escuta, eu acho que é uma coisa, um conceito, uma proposição prática, que é essa escuta: o consciente-inconsciente, então, o que que é que a gente está escutando. (Fragmento 135 – Psicóloga – Supervisora)

---

Como exemplo, um entrevistado ilustra de maneira bastante clara a “escuta descentrada” (Herrmann, 2001, p.55), apoiada na ideia de atenção flutuante, própria da psicanálise ao compará-la com uma técnica de luta marcial. A ideia de que a escuta psicanalítica se dirige ao “conteúdo latente”, oculto no “conteúdo manifesto” da fala, é integrada, no final do trecho seguinte, ao conceito de inconsciente.

---

Eu também achava muito legal você olhar além. Você não ficar sempre no que estava ali, sabe? Parece que você está atravessando a pessoa um pouco com o olhar, né? Lembro até que eu usava uma metáfora, na época, que eu descobri que lá no kung-fu (Num ponto adiante, esclarece que é Taekwondo), (...) tinha uma técnica de quebramento (...) Eu lembro que um dos nossos mestres tinha comentado como é que fazia pra quebrar, né? Você tinha que olhar atrás da madeira. Você tinha que fazer a força pra atingir atrás da madeira. E aí você conseguia. (...) Se você focasse na madeira, você não ia passar dela. Você tinha que pensar no que estava depois. (...) E eu lembro que eu ouvi isso, juntei com a psicanálise e falei, nossa, é isso porque, na psicanálise, também não pode olhar para aquilo que está ali. Você tem que atravessar o olhar, né, você tinha que olhar pro que estava depois (...) porque eu via aquilo que acontecia na

minha análise, né, que era o que ela fazia comigo. (...) Eu falava uma coisa e ela perguntava outra que eu... depois, eu pensava, ‘nossa, mas está aqui mesmo’, só que eu não percebia que estava aqui, mas estava, entendeu? Isso eu achei muito legal. (...) E se for falando teoricamente, é o inconsciente, né? Que naquela época, eu não sabia o que que era. (Fragmento 136 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Alguns entrevistados demonstraram o entendimento de que a escuta psicanalítica teria o potencial de expandir os sentidos dos sintomas, algo importante para se evitar estigmas, preconceitos e reducionismos decorrentes do apego excessivo a critérios diagnósticos e classificações nosográficas.

---

Quando a gente pensa em campo psicanalítico é talvez expandir e não fechar em gavetinhas, sabe? Eu acho que isso é o mais interessante também. É você poder abrir os horizontes do paciente e não limitar os horizontes do paciente. Então olha, você talvez tenha um sofrimento, você tenha uma angústia, vamos escutar essa angústia, vamos pensar sobre ela juntos, (mais) do que ‘você tem um transtorno de personalidade borderline’, ‘(isso) é uma das características desse quadro, esse vazio que você sente, esse medo do abandono (...) uma escuta que não é voltada... claro que também é, mas não só pelo sintoma, o interesse maior é o sujeito e não o sintoma. (Fragmento 137 – Psiquiatra – Aluna)

Um pouco nessa linha mesmo do surgimento de algo novo numa escuta que vai no sentido de expansão, sabe, de significados, que caminha no sentido de uma complexização da vida assim, de ir aumentando relações. (Fragmento 138 – Psiquiatra – Aluna)

---

Ainda sobre a especificidade da escuta psicanalítica, ressaltou-se a característica não-diretiva e contrária à sugestão.

---

A escuta acho que é uma dessas coisas, que acho essencial. Se você vê por exemplo outras formas de terapia, tem muito de escutar, mas para responder de alguma forma, pra digamos intervir, psicanálise não há uma intervenção nesse sentido de “eu vou te dizer o que fazer agora”, tipo na terapia comportamental que é, “bom, agora você vai colocar um alarme 10 minutos antes para conseguir acordar cedo”, não é? Pra conseguir acordar na hora, ou seja, como é essa programação, aí uma intervenção para conseguir essa programação. Na psicanálise a intervenção é própria, é a pessoa no divã que se autointervém, vamos dizer assim. (Fragmento 139 – Psiquiatra – Aluno.)

---

Neste ponto, vale considerar o imbricamento do que alguns entrevistados entendem como “escuta específica” da psicanálise com o que outros entrevistados definem como uma

“ética da psicanálise”. Se o fragmento anterior resalta o caráter não diretivo da escuta psicanalítica, os dois próximos compreendem essa postura como a própria essência de uma ética da psicanálise.

---

Acho que o primeiro ponto é uma questão ética. A psicanálise tem uma ética, de fato, própria, em que aquele que escuta não sabe mesmo a verdade do outro, assim, e não sabe o que é melhor ou pior para o outro. Esse é um ponto. Não tem um *furor curandis*, uma ânsia de aliviar aquele sintoma o mais rápido possível. Então, pra mim, esse é um ponto essencial da psicanálise. (Fragmento 140 – Psiquiatra – Supervisor)

Acho que eu posso resumir numa frase, ninguém sabe o que é melhor pro outro. [risos] acho que eu posso resumir dessa forma, minha prática está resumida aí, ninguém tem ideia do que é melhor pro outro. (...) De repente o que te dá prazer, o que te deixa feliz é o que é absolutamente incompatível com qualquer coisa do meu agrado. Acho que essa é a postura do psicanalista, acho que essa é a ética do psicanalista. (...) é uma postura que é inegociável eticamente, pra mim qual que é a condição fundamental de alguém se sustentar na posição de analista é: eu estou aqui pra indicar condições que já estão lá, pra essa pessoa identificar o que é melhor pra ela. É ela que identifica e é ela que tem os recursos, mas não sozinha. (Fragmento 141 – Analista leigo – Supervisor)

---

Avançando, ainda mais, nessa imbricação acerca dos “princípios” da psicanálise, a ideia de uma “ética da psicanálise”, ancorada na escuta do “sujeito do inconsciente”, foi proposta por Lacan, em 1960, no texto “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” (Roudinesco, 1998, p.742). Essa forma de compreender o psiquismo humano e de orientar a clínica aparece na ênfase dos entrevistados nos conceitos de “subjetividade” (relacionado à sujeito), “singularidade” e “pessoalidade”, presentes na maioria dos relatos.

---

A questão da singularidade, assim, de que aquele histórico, aquela histórica, por mais que você vá ganhando mão e você tenha um referencial de pacientes históricos e etc., você sempre vai descobrir uma historia ali que é particular, assim, uma construção daquele sintoma que não tem como você saber antes da pessoa falar. Então eu acho que isso é o essencial da psicanálise. (Fragmento 142 – Psiquiatra – Supervisor)

Então um dos motivos dessa busca é que as coisas que eu gosto de fazer, que me dão prazer, muitas dessas coisas têm uma relação com o subjetivo, né? E o subjetivo, ele é praticamente sinônimo da psicanálise, não é? O inconsciente e as suas manifestações. Então seria uma forma de aproximar a minha prática profissional daquilo que eu gosto de fazer por natureza, o que me dá prazer, né? (Fragmento 143 – Psiquiatra – Aluno)

Essa questão do indivíduo, assim, do vamos olhar pra essa pessoa, como que é o mundo interno dessa pessoa, que vai ser atravessado por mil mundos externos, enfim, mas tem algo que é... tem um fio que conduz que é desse

indivíduo, né? Isso é uma coisa que eu gostei na psicanálise, né, desse fio.  
(Fragmento 144 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Além desses “princípios” citados, dois entrevistados enfatizaram o “autoquestionamento” e a “demanda por análise” como vocações necessárias da psicanálise, e outros três citaram a noção de “liberdade” como constituinte do campo psicanalítico.

#### 5.2.4 Técnica

Alguns entrevistados apontaram como aspectos essenciais e constitutivos da psicanálise conceitos relacionados especificamente à técnica psicanalítica. Foram citados: o par “associação livre/atenção flutuante” e as noções de *setting* e enquadre analítico.

---

A associação livre eu acho que também é basilar (...) acho que não é tão simples assim também, porque eu acho que na prática eu vejo que para algumas pessoas é muito mais difícil, pra algumas é impossível. (...) Pra mim pelo menos, a associação livre me ajudou muito a conseguir ampliar a minha forma de me comunicar. Então eu acho que antes eu era muito... extremamente objetivo. Então esse motor que a gente vai ligando e, tipo, e produzindo novos sentidos de algo que a gente não sabe da onde vem direito, mas que saem palavras e essas palavras estão conectadas e isso te leva pra alguns lugares que você não imaginava há 1 minuto atrás. Isso é impressionante também quando acontece. (Fragmento 145 – Psicólogo – Aluno)

O setting, por exemplo. (...) Eu acho que define assim, então sendo algo que eu não abriria mão. Por exemplo, um antropólogo vai ter um tipo de setting, a psicanálise tem um outro tipo de setting de trabalho. Eu acho que o setting, ele é importante, ele diferencia a psicanálise de outros (...) eu acho que o enquadre, pra mim, é uma palavra que eu penso em psicanálise na hora assim. (...) Tem um enquadre interno nosso. Então... e até por isso que eu fico muito satisfeita da minha experiência lá no Instituto, porque eu já atendi paciente na escada, paciente no banheiro, já atendi paciente na sala de espera, porque não tinha sala, ali colada no vidro da secretaria. Então... eu acho que... isso que eu penso, né, é um enquadre interno. (Fragmento 146 – Analista leiga – Supervisora)

---

### 5.3 Objetivo específico 3

O terceiro objetivo específico da pesquisa é compreender as relações estabelecidas entre psiquiatria e psicanálise no âmbito do IPq, especificamente no Núcleo de Psicanálise do Serviço de Psicoterapia, a partir das experiências relatadas pelos participantes do curso.

Os resultados referentes a ele, foram organizados em 2 Categorias temáticas (4 e 5) e respondem às perguntas seguintes:

- Por que psicanálise no Hospital Psiquiátrico?
- Como você enxerga a relação entre psiquiatria e psicanálise dentro do chamado “campo psi”? O que sabe da relação histórica entre os campos e como pensa essa relação na atualidade?

### 5.3.1 Categoria Temática 4 – Motivações para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico

Os 11 códigos reunidos na Categoria Temática 4, estão apresentados no Quadro 5. Representam os motivos pelos quais os entrevistados entendem que a psicanálise deve estar presente no Hospital Psiquiátrico, como um de seus referenciais teórico-clínicos. As diferentes cores do quadro reúnem temas afins que serão discutidos em conjunto.

Os códigos em azul referem-se às respostas em que os entrevistados justificam a presença da psicanálise no Hospital Psiquiátrico, graças aos aspectos clínicos, sobretudo, aqueles relativos à *escuta* psicanalítica, considerados por eles importantes no contexto da saúde mental e da psiquiatria. Os códigos em verde, por sua vez, relacionam-se às respostas que destacam a importância de diferentes formas de *resistência* histórica ou institucional, à exclusão dos referenciais psicanalíticos no âmbito da saúde mental e da psiquiatria.

Quadro 5: Categoria Temática 4 – Motivações para a manutenção da psicanálise no Hospital Psiquiátrico.

<b>Códigos</b>	
1)	Escuta do sofrimento psíquico não restrita aos aspectos médicos e neurobiológicos
2)	Escuta dos aspectos subjetivos e singulares do sofrimento psíquico, não restritos às leis gerais do psiquismo e da nosografia psiquiátrica
3)	Escuta dos aspectos inconscientes do psiquismo humano e do sofrimento psíquico
4)	Escuta dos aspectos específicos do psiquismo humano, que o diferencia dos demais seres vivos
5)	Escuta clínica não orientada necessariamente para cura, mas para continência psíquica

6)	Escuta livre de julgamentos morais e censura
7)	Evitar a hipermedicalização, o <i>furor curandis</i> frente ao sofrimento psíquico e a onipotência curativa frente às angústias e questões existenciais
8)	Contribuir no desenvolvimento e manutenção da autonomia dos sujeitos em tratamento psiquiátrico
9)	Resistência à exclusão da psicanálise dos referenciais teórico-clínicos da psiquiatria, assim como das ferramentas psicanalíticas específicas, consideradas essenciais para o campo da saúde mental
10)	Resistência ao reducionismo neurobiológico e à hegemonia de qualquer referencial no campo da psiquiatria
11)	Formação de psiquiatras, psicólogos e demais profissionais de saúde mental com conhecimento e experiência no campo psicanalítico e cientes do potencial dos recursos específicos da psicanálise

5.3.1.1. Psicanálise no Hospital Psiquiátrico para ampliar a *escuta* do sofrimento psíquico (Códigos 1 a 8 da Categoria Temática 4)

O código 1 diz respeito às respostas dos entrevistados que enfatizam, de maneira genérica, a convicção de que a psicanálise favoreceria uma escuta clínica não restrita aos aspectos médicos e/ou neurobiológicos do sofrimento psíquico, apresentando assim um potencial de ampliação da escuta.

---

Eu acho importante esse trabalho conjunto justamente por conta de não olhar pro sujeito de uma forma só, como a gente estava falando, organicista. Tem um sujeito. (...) Ele não é um zumbi, não é uma máquina, não é um... até mesmo pra... ‘como é que ele está lidando com o fato de estar tomando medicamento?’ (...) Eu acho que num hospital psiquiátrico (...) acho que cria condições (...) para (psiquiatria e psicanálise) estarem mais próximas, porque a gente está lidando com o sujeito e a gente está lidando com dor psíquica, com dor emocional. Então eu acho que o trabalho pede pra ser em conjunto, pra ser em dupla. (Fragmento 147 – Analista leiga – Supervisora)

Eu acho que é fundamental (...) os pacientes que passam por lá (IPq-HC/FMUSP) são pacientes geralmente (...) com uma... psicopatologia muito complexa (...) eu acho meio ingênuo achar que a medicação vai dar conta disso, e acho que eles ficam num círculo meio vicioso, sabe, quando ninguém olha para eles (...) como a psicanálise se propõe a fazer, eu acho que vira um... um círculo vicioso, a pessoa sai, volta, sai e volta. Eu acho que talvez, pra mim, o único jeito de talvez tentar mudar essa... esse eterno retorno que fica ali, né? É entrando uma escuta, é entrando alguém que olhe pra aquilo, que pense o que está acontecendo, a gente... junto com a pessoa, fazer ela ter uma curiosidade em relação a ela mesma (...) eu acho que isso ajuda a não ficar nessa coisa crônica, acho que é um pouco nesse sentido. (Fragmento 148 – Psiquiatra – Supervisora)

Eu acho bom eles (os pacientes) terem esse espaço que não é esse espaço do olhar médico. Não que o olhar médico não seja importante, o olhar psiquiátrico não seja importante, eu acho que é sim, são pacientes que realmente estão em sofrimento psíquico, que às vezes só uma análise não dá conta mesmo, mas às vezes ficar só num tratamento, numa coisa medicamentosa, numa entrevista a cada 2, 3 meses pra fazer ajuste de medicação, o paciente não consegue (...) elaborar algumas questões dele. E às vezes dar esse espaço pra conversar é onde ele vai conseguir elaborar outras coisas assim. (Fragmento 149 – Psicólogo – Aluno)

---

O entrevistado justifica a opinião acima, a partir de um exemplo clínico, retomado por ele ao longo da entrevista:

---

Essa paciente, por exemplo, ela sempre teve uma relação supercomplicada com a família dela (...) a partir da análise que a gente pôde conversar disso também, porque antes de conversar disso, das angústias dela (...) ficava uma coisa muito do sintoma assim, ela ficava descrevendo sintoma o tempo todo e ficava medicando sintoma. E aí toda semana ela vinha, ela tinha um sintoma novo, aí medicavam de novo. (...) Precisa sair um pouco do sintoma, né? (...) Escutar alguma coisa pra além do sintoma pra apostar nessa via reversa também, né? (Fragmento 150 – Psicólogo – Aluno)

---

Os entrevistados enfatizam o aspecto multifatorial dos transtornos psiquiátricos e do sofrimento psíquico, ressaltando que, além dos aspectos médicos e neurobiológicos, questões específicas do sujeito interferem no estabelecimento de seu quadro e nos desdobramentos futuros.

O código 2 reúne as respostas que aprofundam as questões anteriores, apontando a importância da psicanálise para compreensão da subjetividade e da singularidade do psiquismo humano e de suas formas de sofrimento. Segundo os entrevistados, a psicanálise apresentaria contrapontos fundamentais às “leis gerais” sobre o psiquismo, o sofrimento e às nosografias, muitas vezes úteis e necessárias no contexto médico psiquiátrico.

---

Psicanálise no hospital psiquiátrico faz sentido exatamente na compreensão do sujeito, no seguinte sentido, existem casos de fato que são muito graves, situações-limite que muitas vezes exigem que os pacientes sejam vistos de uma forma mais intensa, muitas vezes sejam retirados de um ambiente muito estressor, uma questão muito grave que o paciente está se colocando em risco, está colocando em risco outras pessoas. E nesses contextos eu acho que algumas internações, algumas situações dentro de hospitais psiquiátricos são necessárias, mas isso não extingue a compreensão... meio que repetindo o que eu já estava falando, a compreensão do que que levou aquele sujeito até ali. Enfim, o que que causou sofrimento na vida daquele sujeito. Então compreender isso do ponto de vista psicanalítico eu acho que faz todo sentido

assim, olhar pra aqueles sujeitos que estão internados por algum motivo (...) eles não estão ali por não serem sujeitos. (Fragmento 151 – Psiquiatra – Aluna)

---

O exemplo anterior, assim como o próximo, decorrentes da experiência de psiquiatras em hospitais psiquiátricos, ilustram a concepção de que a escuta de aspectos singulares e subjetivos dos pacientes, favorecida pela psicanálise, ajuda a psiquiatria a manter o pensamento crítico a respeito de suas intervenções.

---

Num hospital psiquiátrico é muito fácil eliminar essa subjetividade, né? Até porque precisa, de certo modo, existir alguns protocolos pra guiar uma conduta médica, psiquiátrica, principalmente, né, num hospital psiquiátrico em que você vai tirar a liberdade de algumas pessoas pra protegê-las, né? Você tá numa posição, assim, que se você não é crítico o suficiente em relação a isso, você se perde muito. Eu tenho alguns exemplos em que eu vejo isso lá no outro hospital em que eu estou trabalhando agora, mas também no Instituto de Psiquiatria. (...) (Por exemplo, o) caso de uma mulher internada porque não queria comer por conta de o marido tê-la traído (...) só voltou pra ela porque a mulher (amante) tinha morrido, e aí ela (...) tinha ele de volta, mas não tinha a atenção dele e (...) ele passou a interná-la pra poder ter algum cuidado. E aí ela chegou lá e ficou internada um tempo. Eu falei, isso jamais vai melhorar aqui. Não é o caso de internar (...) a questão dela é outra! (...) Então, até isso, né? (...) Nos protocolos, pra gente poder saber quando deve internar, quando não deve (...) tem muito essa questão, assim. Então eu penso que é pra poder manter um pensamento crítico a respeito da nossa ação como psiquiatra. (Fragmento 152 – Psiquiatra – Aluno)

---

O depoimento de outro entrevistado acrescenta um tipo específico de contribuição da psicanálise para compreensão da subjetividade e singularidade. Ao se referir ao “processo de formação psíquica” do sujeito, aquilo que “o constitui”, o entrevistado relembra as contribuições específicas da psicanálise sobre a constituição do psiquismo humano, relevantes para diferentes tipos de clínica.

---

Nos casos como aqueles do IPq que são pacientes mais graves, né? Que a medicação, digamos assim, dá uma certa controlada no sujeito, mas que tem questões que ele vai ter que tratar com a psicanálise porque ele vai ter que, digamos assim, entender um pouco a sua história, né, o seu processo de formação psíquica, vamos dizer assim, o que o constitui, né? (...) Acho que é alguma coisa mais ou menos isso, os dois (psiquiatria e psicanálise) podem caminhar juntos nesses pacientes mais graves, ele precisa pensar um pouco sobre si, o medicamento tira o sintoma, né? (Fragmento 153 – analista leigo – aluno)

---



Por fim, um dos alunos entrevistados destaca o ganho ético e humano que a escuta da subjetividade proposta pela psicanálise, atenta e aberta à singularidade do mundo interno do sujeito, pode agregar ao tratamento psiquiátrico.

---

Eu atendi esse paciente psicótico bem, bem grave (...) a quantidade de medicação... de antipsicótico que ele tomava (...) o quanto de medicamento que davam pra ele e que não funcionava. O paciente continuava tendo delírio. (...) E assim, eu tinha uma... de tentar assim, às vezes, escutá-lo e de fazer algum trabalho de simbolização, tipo, de metáfora. E eu sentia que eu estava jogando tênis com um paredão lá, sabe? Não tinha alguém que estava rebatendo as bolas assim (...) E eu ficava pensando assim, é muito tentador desistir da subjetividade desse paciente e simplesmente falar, 'ah, então okay (...) vamos medicar você'. E eu pensava assim, bem, mas se você desiste disso... tem algo que é triste aí também, né? Desistir da subjetividade, desistir de alguém que possa escutar isso que está acontecendo ali dentro daquela pessoa (...) desistir da ideia de que alguém pode usufruir de uma análise (...) eu acho que quanto mais doente a pessoa, mais tentador é resolver o problema dessa pessoa na realidade externa. (...) Quando uma pessoa não é tão doente, a gente consegue com mais facilidade entrar no mundo interno dessa pessoa e ficar nesse mundo interno, nas fantasias etc., mas quando a pessoa é muito doente, você fala, não, vamos achar um trabalho pra essa pessoa, vamos deixar essa pessoa ser incluída na sociedade. Tudo isso é importante, naturalmente. Especialmente num paciente psicótico, mas tem algo da psicanálise que é muito radical que assim, de conhecer o mundo interno dessa pessoa, da singularidade dessa pessoa. (Fragmento 154– Psicólogo – Aluno)

---

O código 3 reúne respostas que enfatizam, por outra perspectiva, a importância da escuta do inconsciente e de suas formações psicopatológicas, no âmbito da saúde mental. Os entrevistados acreditam que boa parte dos sintomas tem relação com representações e conflitos psíquicos inconscientes, portadores de sentidos desconhecidos pelo próprio sujeito. Para eles, o método de tratamento mais indicado, nesses casos, é a psicanálise.

---

Eu acho que se refere essencialmente a um capricho de determinados sintomas psiquiátricos de se revelarem como portadores de sentidos pros seus sujeitos, então vamos de novo, a técnica, o método e a ética da psicanálise, eles permitem, em determinados sintomas psiquiátricos com produções inconscientes, condensadas, sobredeterminadas dos pacientes e a contribuição de um psicanalista é fazer o paciente ver que aquele sofrimento mental, aquele sintoma insistente e frequente, pervasivo não é alienígena ao sujeito, não é algo que não só ego distônico, mas que não tem nada a ver com aquele sujeito, mas que é uma produção ativa, intrínseca, engendrada por linhas de sentido daquele paciente especificamente e que podem ser traduzidos e o nome do processo que faz essa tradução do sujeito pra ele mesmo, é psicanálise, então esse é o sentido maior da permanência da psicanálise junto à psiquiatria no hospital psiquiátrico, não é por mera militância ou ideologia, mas por uma questão prática, pra mim é uma questão clínica e prática. (Fragmento 155 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Outros entrevistados também insistem na importância de um tipo de escuta que não subestime os fenômenos inconscientes em situações complexas, como aquelas vividas no Hospital Psiquiátrico, em que diferentes aspectos estão implicados no sofrimento psíquico.

---

Porque a parte biológica não dá conta de tudo, precisa ter essa parte, o inconsciente dos pensamentos, precisa ter um espaço pra isso ser escutado e ser elaborado também. (Fragmento 156 – Psiquiatra – Aluno)

Talvez seja um dos lugares mais importantes pra psicanálise estar, porque são, teoricamente, pessoas que estão passando por experiências de sofrimento gravíssimo, talvez pessoas que estejam assim, demandando muito uma escuta, demandando muito um encontro com o outro que possa justamente se encontrar com essas dimensões do sofrimento inconscientes da pessoa. (Fragmento 157 – Psicólogo – Aluno)

Através da psicanálise, da escuta, de escutar e de ouvir esse inconsciente, desse acolhimento (...) dessas pessoas, muita gente não precisa ser internada, ser medicada, ser... enfim, acho que talvez só precise de um espaço pra escuta acontecer. (Fragmento 158 – Analista leiga – Aluna)

---

O código 4 destaca a importância da psicanálise ao enfatizar aquilo que, em sua perspectiva, diferencia os seres humanos dos demais seres vivos. Segundo os entrevistados, a psicanálise, campo epistemológico ancorado no entendimento de que a linguagem, o psíquico e o erótico são eixos constitutivos do humano, contribuiria para uma escuta mais sofisticada do sofrimento humano de qualquer indivíduo, incluindo, obviamente, aqueles em tratamento no Hospital Psiquiátrico.

---

Enxergar o humano incluindo essas necessidades de vínculo, de envolvimento, de vida afetiva e vida imaginária e inconsciente e o inconsciente, eu acho que isso aí, isto é medicina da alma, é isto. Então eu acho que estas pessoas que são os operários desse canto aí não podem abandonar a medicina, sabe? (...) porque senão está todo mundo operando o cérebro, achando que está tudo no cérebro e é claro que está, mas também você tem que olhar de um outro jeito, de um jeito que só os humanos reivindicam. (Fragmento 159 – Psiquiatra – Supervisor)

---

A partir desse ponto de vista, o entrevistado estabelece uma comparação interessante entre a vida psíquica humana e a dos animais, a partir de um exemplo pessoal do adoecimento e morte de um animal de estimação.

---

A X. (cadela) está doente, né? (...) Porque também está envelhecendo. (...)Então é engraçado porque aí é a medicina veterinária que é incrível também, eles têm os recursos, os tratamentos e não precisa falar nada, eu não preciso dizer nada pra ela (...) os carinhos que eu faço, que ela gosta, que ela vem, que é uma experiência parecida com a nossa, emocional afetiva, mas não tem... não tem a linguagem, não tem as representações, é simples. (...) (Minha outra cadela) foi uma agonia tranquila, ela só gemia assim (...) ela ficava quietinha, ela ficava no lado dela, dormia, não tinha drama, não tinha gritos, não tinha nada. (...) Eu acho que (com o) ser humano não passa assim e não sara assim e não adoce assim só, do nada, né? (...) Aí ainda respondendo isso, eu acho que a psicanálise traz tanto aporte pra essa sofisticação de apreensão da natureza humana e do sofrimento, mas também em torno de outras coisas, da criatividade, o erótico, né? (Fragmento 160 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Os códigos 5 e 6 referem-se à possibilidade de a psicanálise contribuir com o trabalho no Hospital Psiquiátrico, por meio de aspectos técnicos e éticos de seu modo de escuta. No código 5, a ênfase está na escuta não direcionada necessariamente para “cura” ou eliminação dos sintomas, mas para continência do sofrimento psíquico.

---

Acho que é uma escuta muito específica que a gente faz, de uma outra coisa, né? (...) E que não tem uma visão de cura tão... não tem uma expectativa de cura assim, tão eficiente. O que eu acho que é bem esquisito pros pacientes até. Então eu tive uma paciente lá que tinha uma questão com o luto. E ela ficava com uma impressão (de) que (o processo de análise) ia acabar rápido assim (...) o fato de eu atender ela por mais de um ano foi um choque pra ela. (...) Eu acho que a gente consegue oferecer um tempo diferente também (...) acho que é meio essencial assim. (Fragmento 161 – Psicóloga – Aluna)

A gente tem esses pacientes que eu acho que dão um nó, às vezes (...) e essa é uma paciente que eu sentia que estava um nó assim. Ela já deve estar no oitavo psiquiatra (...) desde que eu comecei a atendê-la. E, enfim, mas é isso assim, eu acho que é uma escuta... (...) E às vezes é disso que eles precisam para que eles possam... sei lá que palavra usar pra... eu pensei em progredir, mas progredir não é legal, não tem sentido, mas pra que eles possam amadurecer algumas coisas. (Fragmento 162 – Psicólogo – Aluno)

---

No código 6, a ênfase está no valor à premissa técnica e ética da psicanálise de evitar julgamentos morais ou qualquer tipo de censura durante o processo de escuta clínica.

---

Eu acho que a escuta psicanalítica, ela é muito singular. Eu acho que ela proporciona um lugar pra cada sujeito assim, (...) que é um lugar de não julgamento. (...) Eu vejo muito o psicanalista como um instrumento assim, como uma forma da pessoa ir se colocando e ela poder receber (...) outras formas de se perceber. (Fragmento 163 – Analista leiga – Aluna)

Por conta da escuta mesmo, da escuta psicanalítica, que é uma escuta diferenciada e idealmente, né, é isso que eu estou buscando (...) uma escuta

livre, uma escuta sem censura, que pode ser transformadora, né? (Fragmento 164 – Analista leiga – Aluna)

---

O código 7 reúne as respostas dos entrevistados que entendem que as contribuições psicanalíticas anteriormente descritas, podem favorecer a diminuição da “hipermedicalização” no Hospital Psiquiátrico, assim como oferecer resistência ao *furor curandis* que os avanços tecnológicos podem induzir no campo da saúde mental. A psicanálise poderia, assim, contribuir para um maior equilíbrio entre abordagens de tratamento medicamentosas e psicológicas e na ampliação da tolerância dos profissionais frente às angústias e às questões existenciais dos pacientes.

---

Acho que psiquiatria demais também faz mal. A psicanálise é essa oportunidade de parar um pouco assim e ‘péra aí, né?’ (...) Tem um ambulatório (...) que foca (...) pacientes com diagnóstico de Transtorno Borderline, pacientes com histórico muito grave, várias tentativas de suicídio, muitas internações e tal e aí (...) tem muita pouca psicoterapia oferecida, na minha opinião, e as prescrições são gigantescas, sempre com 2, 3 antipsicóticos, 2 antidepressivos, anticonvulsivante e mais ansiolítico... e aí (...) a pessoa continua mal, né e continua às vezes em risco e tal... a conduta? Aumenta a medicação, adiciona outro. (...) Começa a fazer mal, então acho que psicanálise em Hospital Psiquiátrico tem a ver com dar um passo pra trás, talvez. Tentar suportar a angústia, perceber as limitações, dar um respiro assim e... pensar em outras possibilidades. (Fragmento 165 – Psiquiatra – Aluno)

Pra que ele (o Hospital Psiquiátrico) não enlouqueça. Pra que ele não tenha a fantasia de que ele dá conta de tudo, pra que ele não tenha a fantasia de que ele detém algum saber real sobre a vida e sobre os seres humanos, pra que ele seja mais humilde. (...) Então eu acho que a psicanálise, se ela se propor a isso dentro de um hospital psiquiátrico, dentro da psiquiatria, ela vai ser contra a corrente, né, em um mundo em que a gente tá cada vez mais exigindo performance, né? (...) Então eu acho que a psicanálise teria que seguir por aí, né? Mais do que ficar escutando quem tem a verdade sobre a natureza do ser humano. (Fragmento 166 – Analista leigo – Aluno)

---

Numa perspectiva semelhante, o código 8 reúne as respostas daqueles que acreditam que a psicanálise no Hospital Psiquiátrico favorece a autonomia dos pacientes em tratamento.

---

‘O que a gente vai fazer quando sair daqui (do Hospital Psiquiátrico)’? Como é que vai ser isso? (São perguntas) para a pessoa também ir se tornando autônoma na própria vida, porque eu acho que o Hospital Psiquiátrico tem muito isso de retirar a autonomia das pessoas durante o período que elas estão ali. Então pra pessoa conseguir fazer esse movimento de retornar e de fato ter uma melhora do seu quadro psiquiátrico, psicológico. (Fragmento 167 – Psiquiatra – Aluna)

---

5.3.1.2. *Resistência* à exclusão da psicanálise no Hospital Psiquiátrico (Códigos 9 a 11 da Categoria Temática 4)

Os códigos de 9 a 11 reúnem as respostas que justificam a presença da psicanálise no Hospital Psiquiátrico como resistência, institucional e/ou histórica, à exclusão dos referenciais teórico-clínico psicanalíticos no âmbito da psiquiatria e saúde mental.

A “resistência” evocada pressupõe a valorização dos aspectos metodológicos e técnicos da escuta psicanalítica, anteriormente contemplados nas respostas dos códigos 1 a 8. Entretanto, a ênfase aqui está no posicionamento político-institucional favorável à presença da psicanálise ao lado dos demais referenciais existentes (neurobiológicos, cognitivo-comportamentais, da psiquiatria social etc.) no Hospital Psiquiátrico.

O código 9 inclui respostas mais genéricas que justificam a presença da psicanálise no Hospital Psiquiátrico como forma de resistência político-institucional às tentativas de torná-la periférica, ou mesmo, excluí-la deste contexto.

---

Eu acho que a questão das disputas mesmo de campo. Eu acho que (...) a psicanálise, o modo de pensar da psicanálise vem sofrendo muitos ataques nos últimos... (...) até com esse movimento negacionista ou mesmo na psicologia baseada em evidências, esse campo vai perdendo espaço. E estar ali (no Hospital Psiquiátrico) é fazer frente a isso, né? É estar em diálogo, é não se alienar, é não virar uma coisa de um nicho, de um grupo exclusivo. (...) Não é porque não pensam que nem a gente que a gente vai embora. A gente vai ficar dentro falando o que a gente pensa. (Fragmento 168 – Analista leiga – Supervisora)

---

Aprofundando esse entendimento, as respostas contempladas no código 10 tratam especificamente da resistência à hegemonia de qualquer referencial teórico-clínico no campo da psiquiatria, trazendo alertas sobre o risco dela em diferentes contextos.

Um dos entrevistados retoma as relações históricas entre psiquiatria e psicanálise a partir das décadas de 60 e 70, e a consequente criação de uma rede tecnocientífica no campo da saúde mental, para situar a complexidade das relações estabelecidas entre os diferentes campos. A partir daí, apresenta seu ponto de vista sobre a necessária resistência à hegemonia de quaisquer saberes.

---

Quando a psicanálise chega nos Estados Unidos, ela vai fazer parte de todas as instituições psiquiátricas praticamente. E ela vai ter um desenvolvimento robusto, não é uma coisa pequena, né? Depois a gente sabe que nos Anos 70

isso começa a ter... 60,70, isso começa a ter uma mudança (...) o surgimento das medicações é uma grande revolução nesse cenário. Com medicação, você tem empresas farmacêuticas, você tem... enfim, uma série de coisas. E é uma orientação da psiquiatria que vai indo mais pra essa questão laboratorial assim, deixando aquela psicanálise que fez parte, quando ela surge, um pouco deslocada, mas não excluída, porque existem vários centros psicanalíticos em uma série de hospitais, mesmo nos Estados Unidos. Eu acho que, pessoalmente, seria impensável excluir, essa perda de possibilidade de ter um conhecimento, de ter um saber circulando, que não é um saber qualquer, isso que é importante, não é uma quimera assim, não é um campo acessório, não é um detalhe, não é uma escola menor, não é um preciosismo. Não. É o campo de diálogo assim, você tem um campo de diálogo com a psiquiatria e que dialoga. É a psicanálise assim, propondo questões. E também, talvez, se tenha um campo que dialoga nesse cenário mais restrito com a psicanálise, talvez seja a psiquiatria. Então assim, acho que tem debates, né? (...) E as hegemonias em geral, elas não se pegam pela sensatez. Tem adesões que são muito mais afetivas e apaixonadas do que propriamente lúcidas e sensatas. (Fragmento 169 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Outra entrevistada discute o papel da resistência à hegemonia teórico-clínica no âmbito específico do IPq-HC/FMUSP.

---

Um lugar de resistência, né? (...) Hoje acho que, tendo um pouco mais de conhecimento sobre psicanálise, sobre a história da psiquiatria, eu consigo entender melhor o significado disso, sabe? Então eu acho que há uma resistência histórica mesmo. (...) Num momento em que todas as publicações se voltam pra neurobiologia... E acho que isso é de um reducionismo muito grande, né, quando a gente pensa nas pessoas, a gente exclui possibilidade de pensar na subjetividade de outras formas, mas também a gente meio que fecha os olhos pra questões sociais muito importantes que estão colocadas no sofrimento psíquico e que eu acho que a psicanálise dialoga de um jeito muito mais interessante do que a psiquiatria. Então eu acho que faz sentido pensar na psicanálise como resistência dentro do IPq, como resistência institucional. (...) Eu acho que dentro dum hospital psiquiátrico como o IPq é mais uma resistência mesmo, mas eu vejo como um lugar que instiga mesmo assim, sabe? Meio que coloca curiosidade pra gente pelo menos, pros residentes. (Fragmento 170 – Psiquiatra – Aluna)

---

As respostas contempladas no código 11 abordam a importância da presença da psicanálise no Hospital Psiquiátrico, por meio daquilo que alguns entrevistados entendem que ela pode oferecer à formação de profissionais de saúde mental (psiquiatras, psicólogos e outros). Um dos entrevistados sublinha contribuições específicas do saber psicanalítico que, segundo seu modo de pensar, são contempladas exclusivamente por esse campo, e que tornariam a transmissão da psicanálise no âmbito da saúde mental imprescindível.

---

É disso que a gente estava falando antes, do que é essencial da psicanálise, só ali dá pra fazer e que é fundamental pra aquele caso (...) A gente (os

psiquiatras) tem contato com volumes de pacientes numa residência de psiquiatria que é absurdo, assim, em diferentes contextos. CAPS, internação, ambulatório, UBS, enfim. Então isso dá uma segurança (...) essa validação tem um efeito potente de poder dizer: ‘olha, psiquiatria tem seu lugar, tem seu papel, mas faça o que você faz ali, aqui é psicanálise mesmo, é psicanálise no hospital psiquiátrico’. (...) Apostar numa formação de psiquiatras que tenham, pelo menos, uma ciência, uma consciência, dessa ética própria da psicanálise, dessa relação com o sintoma e etc., dessa abertura em relação à medicina, na tradição anatomopatológica, que possam se tornar psiquiatras mais sensíveis a isso, assim, à subjetividade (...) oferecer pros residentes esse espaço em que eles podem olhar pra psicopatologia de uma outra forma, pra mim, é muito importante, assim, então manter a psicanálise dentro do hospital psiquiátrico pensando na formação de futuros psiquiatras, assim, pra que não se tornem todos psiquiatras autoritários ou ditatoriais. (Fragmento 171 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O entrevistado ressalta, ainda, a importância da psicanálise no Hospital Psiquiátrico para formação de outros profissionais de saúde mental, não psiquiatras. Segundo seu entendimento, nas últimas décadas, posições contrárias à psicanálise, no âmbito da psiquiatria, teriam estimulado certa timidez e inibição dos profissionais psicanalistas no debate institucional. Por isso, propõe o que chama de “empoderamento” da psicanálise no âmbito das instituições psiquiátricas.

---

Eu percebo que, desde o começo, assim, que tem uma certa submissão dos psicólogos e dos psicanalistas, que não são psiquiatras, à psiquiatria. Como se a psiquiatria fosse o saber final, o saber máximo, assim, o detentor da verdade mesmo, assim. Então uma inibição muito grande em criticar as condutas psiquiátricas, em questionar, por exemplo, um diagnóstico, em questionar um tratamento e acabava sendo uma espécie de timidez que eu percebia dos psicanalistas que iam atender os pacientes lá, nesse exercício de ter contato com pacientes num instituto de psiquiatria, que ficavam num lugar inibido, tímido, assim, como se aquele fosse o tratamento complementar, suplementar, assim, o verdadeiro tratamento é o ambulatório, é a medicação. Então desde o começo, o mais importante, pra mim, nesse curso que a gente dá, nesse exercício, é poder, de alguma forma, eu vou usar um termo péssimo, “empoderar” os psicanalistas, os psicólogos e etc. no sentido de que o campo psicanalítico, ele é autêntico e ele tem seu valor. (Fragmento 172 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Ainda sobre a formação dos profissionais no âmbito do Hospital Psiquiátrico, um entrevistado ressalta a importância da pluralidade de referenciais teórico-clínicos contemplados.

---

Acho que é pra sustentar essa posição democrática do conhecimento. Dada a dimensão do objeto que a gente estuda e se dedica. (...) É compreensível que haja linhas de força, você tem pessoas que são mais afinadas com



determinados campos, que elas afirmem mais sobre aquele campo, mas eu acho que é importante, é fundamental que a gente receba essa formação pra poder fazer escolhas mais conscientes no futuro, pra que a gente consiga de fato se posicionar criticamente em relação aos debates que surgem. (Fragmento 173 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Por fim, outro entrevistado ressalta os conhecimentos próprios da psicanálise, específicos, que segundo seu entendimento, não deveriam ser subestimados, rechaçados ou excluídos do arsenal teórico e terapêutico oferecido na formação médica de maneira geral.

---

Eu acho que a psicanálise precisa estar lá porque tem uma dimensão... a psicanálise é uma área que, com todas as suas imperfeições, com todo seu fanatismo, com todo seu autoritarismo, com tudo que tem de ruim, a psicanálise tem um retrato do mundo interno com uma sistematicidade que é absolutamente única. E eu acho que é fundamental. (...) Eu acho que a psicanálise, em algum grau, precisa ser expandida para toda a medicina. Eu acho que é *bedside manner*, é uma expressão inglesa pra relação médico-paciente. Eu acho que tem que ter sensibilidade e que pode e deve ser expandida, mas também freando os ímpetos mais totalitários da psicanálise. (Fragmento 174 – Analista leigo – Supervisor)

---

### 5.3.2 Categoria Temática 5 – Modos de compreender as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental

Os resultados aqui reunidos dizem respeito às respostas dos entrevistados as quais contemplam as relações entre psiquiatria e psicanálise, desde as primeiras interações entre os campos, até os dias atuais. Vale relembrar a característica específica deste grupo de profissionais: a opção pelo exercício psicanalítico realizado no âmbito da psiquiatria contemporânea.

As variadas formas de abordar o tema são entendidas como consequência da opção metodológica por um tipo de pergunta aberta, o que dá margem a diferentes enfoques. Alguns tomam os aspectos históricos como eixo da reflexão, outros partem da contraposição de diferentes fundamentos epistemológicos ou, ainda, de entendimentos sobre como os dois campos podem ou não conviver e interagir entre si.

O Quadro 6 apresenta os principais aspectos contemplados, organizados nos códigos de 1 a 5.



Quadro 6: Categoria Temática 5 – Modos de compreender as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental.

<b>Códigos</b>
1) Reflexões a partir da retomada histórica das relações entre psiquiatria e psicanálise
2) Reflexões a partir da retomada histórica das relações entre medicina e psicanálise
3) Zonas de tensão I (medicina, psiquiatria e psicanálise)
4) Zonas de tensão II (relações com as ciências e a psicologia)
5) Formas de convivência e interação entre psiquiatria e psicanálise: cooperação (complementariedade/suplementariedade) ou ruptura

### 5.3.2.1 Reflexões a partir da retomada das relações históricas entre medicina, psiquiatria e psicanálise (Códigos 1 e 2 da Categoria Temática 5)

Este tópico será iniciado pelas respostas que se limitam ao escopo central da pergunta de pesquisa e partem da retomada histórica das relações entre psiquiatria e psicanálise (Código 1). Em um segundo momento, serão apresentados os relatos que ampliam a discussão para as relações entre a medicina e a psicanálise (código 2). Nesses temas, o conhecimento teórico e a experiência profissional prévia interferem na complexidade das respostas, diferentemente de outros temas investigados nesta pesquisa, impactados prioritariamente pela subjetividade e história de vida dos entrevistados.

Será apresentado, inicialmente, o trecho de uma das entrevistas (Entrevista 15), considerada paradigmática deste modo de abordar o tema por meio da retomada histórica da relação entre os campos. Primeiramente, o entrevistado busca no nascimento da psiquiatria e da psicanálise, elementos que possam situar a complexidade do objeto de observação e interferência de ambas. “Não tem unanimidade” é a frase que sintetiza sua convicção de que nenhum dos saberes terá o domínio absoluto sobre o campo.

---

A psiquiatria, quando ela começa a se organizar (...) (tem) uma certa mudança de um paradigma (...) porque você vai criando um campo (...) ao redor de um fenômeno, que também era heterogêneo, mas um campo que não existia. Então assim, os hospitais, os asilos, os manicômios, ainda que criticáveis, eles começam o processo de configuração desse campo. (...) A gente fala de coisas complexas, de coisas que demoram muito tempo para se estruturar, pra se organizar. A gente vê hoje como é difícil o diálogo com crenças e dogmas religiosos em 2021, quer dizer, são permanências históricas que estão o tempo todo rondando a sociedade. (...) (A) psiquiatria científica (...) ela se afasta um pouco do campo das crenças e dos misticismos. Ponto. (...) Havia uma tentativa de entendimento (...) da loucura, (...) as alterações comportamentais

(...) é complexo chegar perto dessas coisas todas, né? (...) não tem unanimidade, entre aspas, do mal nem do bem. (...) Tinha uma tentativa de configuração de uma coisa científica (...) com as precariedades da época, com seus problemas. (...) É onde nasce a psicanálise (...) o nascimento da psicanálise, em alguma medida, ele é justificável também pela marcha dos acontecimentos sociais e históricos do campo (...) a sociedade está mudando, essa sociedade mais rural que começa a se urbanizar. (...) O Foucault tem essa expressão, né, que o Século XX vai ser o século do “*homo psychologicus*”, tamanha a importância com que esse olhar psicológico de uma intimidade do homem consigo mesmo vai adquirir na história. (Fragmento 175 – Psiquiatra – Supervisor)

O relato anterior situa o pano de fundo social e histórico do nascimento da psiquiatria. Circunscreve a criação de um campo de aproximação da loucura em uma perspectiva científica. Em um segundo momento, o entrevistado situa o nascimento da psicanálise sobre esse mesmo solo, científico, distante “das crenças e dos misticismos”.

No próximo trecho, o entrevistado seguirá na tentativa de discriminar os rumos de cada campo após os momentos inaugurais. Ressaltará a determinação da psiquiatria, enquanto especialidade médica, de localizar no corpo biológico as bases da doença mental e do sofrimento psíquico e o conseqüente desenvolvimento de uma rede tecnocientífica que sustentará esse campo. Apresentará também seu modo de compreender as propostas específicas da psicanálise e os debates dela com a psiquiatria, questionando excessos e equívocos desta, decorrentes da desconsideração de aspectos que o entrevistado entende como fundamentais para o campo da saúde mental.

Os campos continuaram se desenvolvendo. Acho que a psiquiatria sempre teve uma ambição assim, que é compreensível, que é de tentar buscar em parte lá as bases orgânicas, as bases biológicas de determinada condição psíquica. (...) A gente vê quanta coisa foi produzida, quanto conhecimento foi produzido, mas tem impasses, tem enigmas, ou talvez tenha insuficiências (...) um ramo que foi se consolidando e que hoje é praticamente hegemônico, se a gente pensar na psiquiatria contemporânea (...) não é só o campo e o conhecimento do campo, é toda a estrutura social e histórica, se organizam centros de pesquisa que são financiados, as pessoas podem ter trabalho, isso começa a ser divulgado na imprensa, na mídia como as saídas definitivas pro sofrimento, as curas definitivas. E acho que isso que cria um campo de atração aí do imaginário social e também do imaginário dos profissionais e que é compreensível, mas que também acho que em algum momento perde os seus limites (...) um pouco se seduzindo com uma onipotência (...) essa ideia de que, vamos fazer cirurgias cerebrais propriamente ditas (...) intervenções assim, às vezes um pouco radicais, guiados por essa ideia de uma resolução definitiva. Acho que a psiquiatria, ela foi pra esse campo. E a psicanálise e os psicanalistas foram percebendo tensões no diálogo com esse tipo de olhar, porque eu acho que o psicanalista que assimila a psicanálise, ele não é contra. Eu acho que tem um falso dilema nessa questão. Ele não é contra a medicação, ele não é contra a psiquiatria, porque isso é meio tolo. (...) Então não acho que

o problema é contra o campo, mas é como esse campo muitas vezes se apresenta e como ele avança e às vezes não respeita outras formas de pensar e agir. E a psicanálise, ela foi saindo mais desse modelo (...) para uma outra área, a área do psíquico, que envolve o inconsciente, que envolve outras manifestações do humano. (Fragmento 176 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O trecho acima coloca lado a lado os aspectos neurobiológicos e a psicofarmacologia com a existência de uma vida psíquica inconsciente. Sem desconsiderar nenhuma dessas dimensões, o entrevistado sustenta a complexidade epistemológica dessa zona de interface.

A discriminação desses diferentes aspectos do “objeto” comum à psiquiatria e à psicanálise será imprescindível para compreensão dos dois principais pontos ressaltados adiante pelos entrevistados na reflexão sobre a relação entre os dois saberes: as tensões epistemológicas, algumas vezes inconciliáveis, e a necessidade, a despeito disso, de trabalho conjunto, em uma perspectiva de complementariedade.

Esse modo de abordar as complexidades na interface psiquiatria/psicanálise, permite um diálogo crítico entre os campos, em que um se mantém como interrogante ativo do outro, ao mesmo tempo em que ambos sustentam as bordas epistemológicas de cada um dos saberes. Apesar de sofisticado, esse tipo de retomada histórica que parte da origem dos campos não foi frequente nas entrevistas, aparecendo de maneira explícita e bem descrita em poucos relatos.

O recorte histórico mais frequente parte de um momento posterior, que se refere especificamente às mudanças nosográficas do DSM. Vários relatos enfatizam o processo de exclusão progressiva dos referenciais psicanalíticos a partir dos DSM-III e DSM-IV, as circunstâncias desse processo e o que consideram suas consequências.

---

Historicamente, e pegando até a evolução do DSM, né, a psicanálise tinha muita influência sobre o DSM, os transtornos mentais tinham nomenclaturas muito baseadas na teoria psicanalítica, mas aí vai tendo um Apartheid aí, né, muito... começa a ser influenciado por outras teorias a partir de... né? Influenciado por desenvolvimentos de psicofarmacologia, neurociências e, cada vez, isso vai ficando em um outro lugar e é muito incrível, né, porque é como se não tivesse evidências (a favor da psicanálise). (Fragmento 177 – Psiquiatra – Aluno)

Eu entendo que a psicanálise está muito inserida na história da psiquiatria, que alguns conceitos psicanalíticos estavam muito presentes nos primeiros DSMs e tal, só que eu acho que de uns tempos pra cá isso vem caminhando de um jeito a separar, elas vão se constituir enquanto ciências cada uma tendo o seu campo de saber. (...) Pelo menos o que eu vejo hoje na psiquiatria, o campo de saber da psiquiatria é a psicofarmacologia. (...) Então, pra mim, esse diálogo entre psiquiatria (...) psiquiatria corrente mesmo, de DSM, das pesquisas patrocinadas pela indústria, o DSM que agora tá caminhando pro RDoC... Eu vejo que muitas vezes a psicanálise e a psiquiatria caminham em direção a campos opostos. (...) A psiquiatria, ela vai assumindo um discurso cada vez

mais biologizante e a psicanálise que, no início, até tinha algo de uma origem biológica (...) eu a vejo caminhando no sentido de se afastar dessa origem que fazia um diálogo maior com a biologia. (Fragmento 178 – Psiquiatra – Aluna)

---

Os relatos anteriores destacam o impacto do desenvolvimento da psicofarmacologia e das neurociências, sobretudo na segunda metade do século XX, nos paradigmas da psiquiatria, tendo como consequência inequívoca um afastamento dos referenciais que o sustentavam antes, dentre eles, a psicanálise, fenômeno que repercutira profundamente na construção da própria nosografia. A perspectiva de abordagens neurobiológicas eficazes, que supostamente eliminariam definitivamente o sofrimento psíquico, teria tensionado o campo das relações entre psiquiatria e psicanálise, sendo apontada como determinante de uma quase ruptura. Além do termo “Apartheid”, alguns relatos se utilizam de metáforas envolvendo “casamento, divórcio, separação e reconciliação” para discutir as tensões entre os campos.

---

Eu acho que a psiquiatria não tinha muitas ferramentas médicas, antes, para dar conta e a psicanálise acho que ajudou muito os psiquiatras, em termos de ferramenta diagnóstica, ferramenta de trabalho, até surgirem as medicações. E aí eu tenho a sensação de que algo da psiquiatria que estava um pouco relegada no campo da medicina, aproveitou e falou: ‘a gente também é medicina, me dá esse lugar aí no meio dos médicos, né’? Porque é um movimento que eu vejo a psiquiatria fazendo hoje em dia, né, o movimento de: ‘nós temos um diagnóstico (...) nós temos o lugar onde acontece o problema, nós temos o remédio pra corrigir o problema ou a pesquisa que disse que corrigiu o problema’. (...) Então eu acho que houve um divórcio entre a psiquiatria e a psicanálise. (...) uma separação total, assim, da psiquiatria e psicanálise, que eu acho uma pena, porque eu acho a psicanálise uma puta ferramenta, assim, tanto diagnóstica como de manejo (...) de observar o que está acontecendo (...), mas eu acho que houve uma separação e eu acho que, atualmente, é inconciliável, assim, que eu não consigo imaginar a psiquiatria e a psicanálise voltando. (Fragmento 179 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Em outro ponto da entrevista, a psiquiatra reconsidera sua opinião ao retomar situações da clínica psiquiátrica que não corroboram a hipótese da separação absoluta e definitiva entre os campos. A separação nosográfica ou teórica não encontraria contrapartida absoluta na prática clínica cotidiana.

---

Também é muito comum, né... tem um psiquiatra lá (...) geralmente, ele tenta de tudo. E dá remédio e manda pra análise do comportamento e manda pra não sei o que, terapia familiar. Nada resolve. Aí ele fala, ‘ai, vou mandar pra psicanálise’. É muito comum chegar gente assim (...) que já passou por mil pessoas e aí o psiquiatra, finalmente, quase como se tivesse se rendido à psicanálise, sabe? (...) Então eu não sei. Àquela hora, eu falei que separou,

mas eu não sei se separou (referência à “separação” entre psiquiatria e psicanálise). (...) É, não sei se separou não... E realmente... ainda acho que talvez volte. Talvez seja aquele casal que volta ainda pra fazer um flashback. Mas o caminho agora está bem oposto. (Fragmento 180 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Se tomarmos como ponto de partida a noção de “pensamento complexo”, o relato anterior retoma a dimensão complexa na relação entre os campos, de forma que a exclusão definitiva ou o banimento sumário de referências e aportes não se mostra tão simples. Por meio da metáfora “casamento-divórcio-reconciliação”, introduz-se uma questão que estará presente em outros relatos, relativa às oscilações dos modos de interação entre os campos, ao longo da história, inclusive na história recente da saúde mental. Alguns entrevistados apontam um movimento pendular de aproximação e distanciamento entre psiquiatria e psicanálise, tomando como exemplos situações observadas nas instituições frequentadas por eles.

---

Quando eu entrei na psiquiatria, existia uma ideia de uma psiquiatria realmente muito médica, era o momento da “década do cérebro” (anos 90), sabe? E eu era... e eu também, como eu falo pra você, eu fui que fui nessa história também. (...) Eu era toda psiquiatra mesmo, assim, né? E até que eu fui vendo que não era a minha também essa, né, porque não acho tudo doença, não acho tudo neurotransmissor, não acho isso, né? (Fragmento 181 – Psiquiatra – Supervisora)

Eu tenho impressão de que há um movimento meio pendular, assim, converso com (...) assistentes, supervisores do IPq que são um pouco mais velhos que eu, 10, 15 anos de formados em psiquiatria, formação nos anos 90, 2000, tem um discurso ali bem... né, era a “década do cérebro”, bem DSM, assim, que é meio homogêneo, parece, foi uma geração, assim, que é meio DSM. Enfim. Agora... não sei, conversando com colegas da minha idade, pessoas que entraram logo depois de mim, ou logo antes, assim, por exemplo, teve, no primeiro ano (de Residência Médica), que eu fui pra um congresso em Madri, de fenomenologia (...) uns 10, 12, talvez 15 residentes do IPq. Nós fomos os únicos residentes de psiquiatria do mundo que foram naquele congresso. (Fragmento 182 – Psiquiatra – Aluno)

Eu acho que está mudando muito porque, de alguma forma, tinha... acho que... existiam umas promessas há algumas décadas que foram não se cumprindo. Eu não sei, eu fico com a impressão, quando eu vou lendo um pouco da história, é como se... no plano teórico, fosse feito certo malabarismo pra tentar manter ainda essa crença (...) na origem biológica dos sintomas. (...) Bom, o próprio pessoal mesmo do DSM faz a autocrítica. (...) Aí eles tentam criar uma outra teoria através do RDoC, que também por enquanto não tem aplicação. (...) Não entrega e não tem aplicação clínica. Então é como se assim, a gente está num momento de uma falha do paradigma. Então já não tem mais como se explicar as coisas como se explicava antes por: ‘Ah, tá faltando serotonina, anula tudo, né?’ Não é bem isso. E ao mesmo tempo (...) o RDoC, que é o que

promete entrar no lugar do DSM, ainda não tem como aplicar na prática. (Fragmento 183 – Psiquiatria – Aluna)

---

Segundo a entrevistada, a ideia da “falha do paradigma” e os questionamentos que vêm surgindo às “promessas não cumpridas” da psiquiatria contemporânea modificam as relações entre psiquiatria e psicanálise, na medida em que atualizam o debate sobre própria concepção de sofrimento psíquico, seus determinantes e as possibilidades de intervenção sobre ele.

Por fim, ainda no contexto da retomada histórica das relações entre psiquiatria e psicanálise, um dos entrevistados traz elementos de um contexto específico, os primórdios da fundação do Núcleo de Psicanálise do IPq, segundo ele, um momento de forte tensionamento entre psiquiatria e psicanálise no âmbito da instituição.

---

A X. (supervisora) foi assim, uma possibilidade de parceria e de trocas num momento que essa hostilidade era grande (...) da orientação biologizante, organicista e tal. Então tinha essa ideia que eu não sustento mais, de um inimigo comum, eu também não vejo mais assim e talvez nunca tenha sido assim, isso é um carregar nas cores assim, muito... datado, né? De um momento que é um momento. (...) trazendo muitas modificações, questionando muito uma psiquiatria que seria um pouco imprecisa, um pouco desviada pela psicanálise, pelas psicoterapias. (Fragmento 184 – Psiquiatria – Supervisor)

---

O código 2 reúne os depoimentos que ampliam a discussão anterior, sobre os aspectos históricos das relações entre psiquiatria e psicanálise, para o campo maior da medicina. Retoma as transformações dela no século XX, o impacto na psiquiatria e, conseqüentemente, nas relações com a psicanálise. Segundo alguns entrevistados, a perspectiva de uma medicina cada vez mais objetiva, tecnológica, apoiada na ciência e baseada em evidências teria repercussões relevantes na desvalorização da subjetividade e da singularidade no campo médico.

Como consequência dessa “guinada tecnológica” da medicina no século XX e das reverberações no campo da saúde, a psiquiatria, enquanto especialidade médica, também sofreria mudanças consideráveis. Incorporaria a visão pragmática e objetiva do cuidado em saúde e os pressupostos de um tipo específico de cientificidade, mais próxima do positivismo, correndo o risco, segundo alguns entrevistados, de desconsiderar as especificidades da psiquiatria enquanto especialidade médica voltada para o sofrimento psíquico.

---

Ir pro biológico, pra algo mais técnico (...) que eu acho que não é só da psiquiatria, eu acho que é da medicina como um todo que vai ficando mais técnica, que vai fazendo uma prática mais baseada em protocolos, em *guidelines*. Enfim, aí eu vejo por um lado a área da psiquiatria e da medicina

num sentido de uma hipermedicalização e de um discurso que vai dar um nome para uma doença, que eu acho que fecha, assim, pra significados que diminuem a possibilidade da pessoa mesmo ir entendendo o significado do sintoma na vida dela. (Fragmento 185 – Psiquiatra – Aluna)

Eu acho que sempre teve uma guerra, vamos falar assim, entre a medicina e a psiquiatria (...) não acho que há uma guerra entre a psiquiatria e a psicanálise (...) às vezes eu sinto que há uma visão assim, está a medicina, a grandiosa medicina com seus avanços, tal, e está a psiquiatria, que não é muito apreciada pela medicina, e está a psicanálise que algumas partes da psiquiatria não compartilham (...) acham que é anacrônico, que o Freud já foi e etc. (...) acho que tem havido essa sub valorização da psiquiatria há muito tempo de parte da medicina que a psiquiatria se sente como o filho feio, não é? Que tem que demonstrar de alguma maneira para o pai que tem valor e nessa pressa por demonstrar, de alguma forma começa a tipo faltar, a psicanálise é do passado. (Fragmento 186 – Psiquiatra – Aluno)

---

A hipótese destacada no fragmento anterior é de que a psiquiatria ocupara, por muito tempo, um lugar desvalorizado frente à medicina, e passa, assim, a tentar corresponder a ideais médicos e científicos. Assim, sobretudo após a segunda metade do século XX, passara a excluir conhecimentos considerados imprecisos ou superados como, por exemplo, a psicanálise. No fragmento 185, por sua vez, a entrevistada compreende que o empuxo da psiquiatria em direção a algo “mais técnico” teria como consequência o prejuízo do contato com a subjetividade, a singularidade e os sentidos encobertos do sofrimento humano.

Um dado que corrobora os entendimentos anteriores pode ser percebido por meio da observação da linguagem, na cisão que alguns entrevistados estabelecem entre medicina e subjetividade. No trecho seguinte, é curiosa a maneira como o entrevistado associa ser “mais médico” com a consideração por aspectos técnicos, objetivos e pragmáticos da medicina.

---

Eu acho que depende do profissional, porque tem psiquiatra que não gosta (de psicanálise), ou não se interessa, não acredita, então trabalha sem isso, mais médico, né? Pensa muito que é químico, é essa medicação, faz esse efeito, o paciente tem isso, tá precisando daquilo, desse neurotransmissor, dopamina etc. (Fragmento 187 – Psiquiatra – Aluno)

---

O “químico”, a “medicação”, a “dopamina” seriam inequivocamente os aspectos que caracterizariam o campo médico, no entendimento desse psiquiatra. Fica evidente, ao longo da entrevista, que ele pessoalmente valoriza a subjetividade e a psicanálise como ferramenta teórico-clínica, mas chama atenção a naturalização da possibilidade de exclusão da subjetividade do âmbito da medicina, como se se tratasse de questão de gosto pessoal ou escolha do profissional.



Outro entrevistado, entretanto, apresenta uma perspectiva oposta. No trecho abaixo, ele situa no centro do fazer médico a capacidade de escuta do sofrimento humano. Retoma aspectos da tradição médica hipocrática, amortecidos pelo furor tecnicista pós século XX e, nessa perspectiva, retoma o valor de Freud e da psicanálise no campo da medicina.

---

(Pelo fato de se ter iniciado a psicanálise) através sim de um médico analista, um médico, acho que não tem como separar (...) o médico, ele precisa de escuta, hoje, né, hoje e sempre, pra ele curar, pra ele ajudar no sofrimento (...) muitas vezes é isso, que você não precisa medicar, você só precisa entender e aí muitas vezes a dor física você consegue curá-la, vamos colocar assim, através da análise (...) sofrimento emocional (...) acho que a medicina é isso, é você ajudar de alguma forma, não é ser um prescritor, não é dar remédio, não é... pegar sintoma, é isso, pronto e acabou porque estava escrito naquele papel ali que eu tenho que fazer isso, e essa é a conduta. (Fragmento 188 – Psiquiatra – Aluno)

---

### 5.3.2.2 Zonas de tensão no campo da saúde mental (Códigos 3 e 4 da Categoria Temática 5)

O código 3 reúne respostas que abordam as relações entre medicina, psiquiatria e psicanálise a partir das diferenças epistemológicas consideradas fundamentais entre elas, e das consequentes linhas de tensão existentes.

---

Tem uma tensão (...) embora estejamos nos ocupando da mesma coisa, sofrimento psíquico. (...) Eu tenho achado importante diferenciar e entender (...) uma vez eu ouvi o Fábio Herman falar isso, ‘tem um abismo intransponível, intransponível entre medicina e psicanálise na questão que sustenta epistemologicamente os campos de saber’. (Fragmento 189 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Vários entrevistados, sobretudo no grupo dos supervisores, insistem também na necessidade de se reconhecer e delimitar claramente as diferenças epistemológicas primordiais e inconciliáveis entre os campos.

---

A psicopatologia fundamental faz esse tipo de trabalho, quer dizer, que pensa quais são os pontos de intersecção entre psiquiatria, fenomenologia, psicanálise e quais são os pontos de completo desacordo. E tudo bem, assim, pontos onde não há nenhuma intersecção. (...) O que não impede um diálogo, mas sabendo que, do ponto de vista ético, por exemplo, você vai para um terreno completamente distinto. (Fragmento 190 – Psiquiatra – Supervisor)

---



Mas quais seriam as linhas de tensão fundamentais identificadas pelo grupo? O primeiro ponto de tensão descrito pelos entrevistados situa-se especificamente entre a medicina e a psiquiatria. No trecho seguinte, ao retomar os desafios epistêmicos da psiquiatria, o entrevistado contrapõe as lógicas distintas com as quais ela tem que lidar: a lógica médica, apoiada nas noções de saúde e doença e as especificidades do sofrimento psíquico, fenômeno não ancorado exclusivamente no “orgânico” e sujeito a questões éticas específicas.

---

A medicina tem uma lógica que é ter por referente muito claro o que ela considera como saúde, não é? Ela não esconde isso de ninguém, mas aí quando a gente entra no âmbito de algo que escapa do meramente orgânico, digamos assim, (...) aí a coisa se complica, por que o que é saúde? Inclusive se complica eticamente porque que eu sei sobre você, o que que você sabe sobre mim? É uma postura muito autoritária dizer que eu sei o que é melhor pra você. O ortopedista, ele pode dizer isso de uma maneira muito clara, ele tem uma margem de segurança enorme pra dizer isso. Nós não. E aí a psiquiatria é um desafio em si, né? (...) eu acho que os desafios epistêmicos da psiquiatria são maiores do que os nossos (dos psicanalistas), é muito desafiador. (Fragmento 191 – Analista leigo – Supervisor)

---

O segundo ponto de tensão apontado pelos entrevistados, diz respeito a algo fundamental introduzido pela psicanálise nos campos médico e psiquiátrico. Para além do reconhecimento do psiquismo, das diversas nuances do sofrimento psíquico e da singularidade do sujeito, a psicanálise introduz a noção de inconsciente:

---

Enquanto campos, elas (psiquiatria e psicanálise) são (...) ao mesmo tempo formalmente excludentes e, na prática, cooperam, podem trabalhar juntas. Por que eu digo formalmente excludentes? Porque não está posto o inconsciente pra psiquiatria. Não está posto, né? Ou está? (...) Acho que a psiquiatria caminha pra uma relação muito mais com as neurociências (...) do que com a psicanálise. (Fragmento 192 – Psicóloga – Supervisora)

---

A repercussão da noção de inconsciente no campo expandido da saúde mental é destacada por vários entrevistados, de maneira direta ou indireta. É a partir da centralidade que esse conceito adquire em diversos contextos que se pode compreender as linhas de tensão entre o “método psicanalítico”, centrado na subjetividade e no inconsciente, e o “método anátomo-clínico” da medicina, centrado na objetividade e na relação entre causa e efeito.

---

Embora a gente queira ajudar pessoas, embora a gente perceba sofrimentos, mas a cabeça do analista já vai pro campo que o Freud inaugurou, que seria talvez da subjetividade do mundo interno que é apreensível, melhor quando você considera que há um inconsciente. E que talvez (seja) na relação com o

paciente que você vai perceber melhor e não com essa objetividade médica ou com essa busca de explicação causal, etiologia, quer dizer, no pensamento etiológico, que é fundamental em medicina, que era a máxima hipocrática que a gente aprendia, ‘*Sublata Causa, Tollitur Effectus*’, quer dizer, identificada a causa, cessa os efeitos, isso é princípio orientador no método médico, clínico. Quer dizer, o fator patológico, ‘ah, é um câncer.’, ‘ah, é um vírus.’ (...) (No caso da psicanálise) você tem que fazer o luto disso daí, esquece esse negócio (...) quer dizer, depois você vai construir, como Freud fala lá em “Construções em análise”. (Fragmento 193 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O entrevistado, ao retomar essas diferenças metodológicas, nos previne de simplificações, aplicações ou adaptações da psicanálise aos objetivos médicos de eliminação dos sintomas. Ele propõe a sustentação das diferenças e um caminho de trabalho descrito como “ao mesmo tempo, operar em paralelo” ao invés da ideia de “trabalhar junto”.

---

Essa aplicação (...) aí é querer fazer a psicanálise entrar forçadamente no campo da medicina (...) subordinada a expectativas e resultados, eficácia, rapidez, alívio, alívio do sofrimento, morfina, pá, passa tudo, fica tudo ótimo, né? Não dá pra se chamar de psicanálise, mas eu acho que o que é mais interessante é o médico dizer: “e tem a psicanálise”, né? “Estamos aqui etc., identificamos isso, construímos isso, mas algo escapa”, né? Algo escapa, algo mantém uma situação, algo se repete, né? A pessoa está aprisionada, a pessoa não se joga pra vida (...) tem uma coisa que puxa (...) o diagnóstico já foi feito e tal, mas aí precisa também ter essa audição, então também tem a coisa da escuta, o exercício psicanalítico da escuta pra poder trazer essa... tem umas palavras que elas são muito comprometidas, né? Colaboração, cooperação, não, não é, porque não é pra operar junto, é pra operar ao mesmo tempo, operar em paralelo, né? (Fragmento 194 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Os dois trechos anteriores alertam para tipos de relação improdutivas entre os campos, quando um se apropria indevidamente de ferramentas do outro, ou quando elementos de um são aplicados de maneira simplista sobre o outro. A existência de paradoxos entre os campos e a proposição de que é necessário considerá-los, não os negar, aparece também nos depoimentos centrados mais especificamente nos desafios de convívio na prática clínica.

---

Eu acho que a psiquiatria ajuda, como o remédio, a melhorar a dor das pessoas e tudo, eu acho que a psicanálise ajuda você poder ter dor, ao contrário, né? Acho que ela ajuda você a arranjar recursos, né, pras coisas duras da vida, né, e não se anestesiá. (...) (Numa reunião do Núcleo de Psicanálise) eles estavam falando, ‘não, não precisa (separar psiquiatria e psicanálise), são instrumentos e tudo usa e tal’. Também acho, de um lado, isso, né? Porque, sei lá, a pessoa está super deprimida, está péssima, você vai falar, ‘não, sofra que é bom!’ Também não é assim, né? (...) A gente o dá remédio até a pessoa aguentar e, depois, a gente tira o remédio. Então meu jeito de ver é esse, não é... então, às vezes, eu acho que é uma coisa contra a outra, sim. Às vezes, eu acho. Acho

que... às vezes, não, mas, às vezes, é. (Fragmento 195 – Psiquiatra – Supervisora)

---

O trecho anterior sublinha as premissas éticas específicas de cada campo, ressaltadas anteriormente no fragmento 190, no início desta sessão. No próximo fragmento, outra entrevistada também aponta seu modo de perceber a tensão entre os campos na maneira de perceber o sintoma e de intervir sobre ele.

---

Eu tendo a achar que tem momentos, né, ciclos de aproximação e distanciamento (...) a aproximação se dá quando tem uma... um consenso, uma espécie de entendimento (...) de que o que importa de fato é acessar o sofrimento e que elas se afastam nos momentos em que o que importa é tratar, eliminar, e aí a psicanálise bancando que isso não é eliminado, isso não vai dar certo. (Fragmento 196 – Psicóloga – Supervisora)

---

Serão apresentados, a seguir, depoimentos que abordam as tensões do ponto de vista específico da psiquiatria, retomando o desafio epistêmico do psiquiatra que, em sua prática, terá que ponderar sobre a pertinência de diferentes teorias, intervenções e questões éticas.

No fragmento seguinte, o entrevistado sustenta a ideia de que no âmbito da psiquiatria, as diferentes vertentes e seus paradoxos não devem induzir à adesão maciça a uma e, conseqüentemente, à exclusão de outra. Reforça a necessidade de sustentação das linhas de tensionamento no centro do pensamento teórico-clínico da psiquiatria. Ao valorizar, por meio de um exemplo, a consideração rigorosa dos aspectos neurobiológicos nos transtornos do espectro autista, e por outro lado, os aspectos psicodinâmicos presentes em quadros em que operam defesas autísticas, o psiquiatra insiste na importância de sustentar essa complexidade.

---

Se você pensar de um ponto de vista mais médico, você está sempre pensando de um ponto de vista mais higienista, ou seja, você tem um sintoma, você quer que aquele sintoma seja, assim, limpo, corrigido, consertado e que advenha à saúde, enquanto que do ponto de vista psicoterápico ou psicanalítico, a gente sempre adota um ponto de vista metodológico que é tradutório, você sempre vai considerar um mal estar, um sintoma como uma produção ativa da psique daquela pessoa que pode ser traduzida dentro de linhas de sentido e significado que têm um significado específico pra aquele sujeito singularmente. Então eu acho que um psiquiatra sempre tem ou deveria ter essas linhas de tensão dentro de si, de ver sintomas que são mais biologicamente, impessoalmente determinados, por exemplo, autismos muito, muito graves, é muito improvável que haja uma psicogênese associada a eles, existe um forte indício de uma biogenicidade, acho que a gente não pode ser cego pra determinadas coisas, assim como defesas autísticas, dinâmicas autísticas, transferências autísticas, precisam ser olhadas dos pontos de vista da transferência, da contratransferência, da psicogênese, da tradução do que significa aquele

estilo, da pessoa ter assumido determinado modo de estar, de ser no mundo e na comunidade na qual eles vivem. (Fragmento 197 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Outro entrevistado apresenta um exemplo semelhante para discutir possíveis invasões de um campo de saber sobre o outro, atropelos em que psiquiatria e psicanálise desconsideram o vasto conhecimento acumulado tanto por uma quanto pela outra.

---

Acho que tem um debate a ser colocado (...) de apresentação de alguns limites assim, de cada área. (...) (a) dificuldade de lidar o tempo todo com uma questão muito enigmática e muito limitadora (a questão da loucura, dos transtornos mentais graves), às vezes faz com que os psiquiatras avancem pra outras condições (...), o campo das neuroses ou dos problemas da vida cotidiana, sem uma preparação adequada (...) com uma certa ingenuidade, uma certa arrogância também de que bastaria ser médico psiquiatra pra poder compreender e endereçar essas questões. E aí é onde eu acho que a psicanálise ganha, né? Porque nesse sentido o repertório e o tempo de dedicação a essas questões é muito grande (...) Acho que também a gente poderia pensar que às vezes a psicanálise entrou em algumas áreas mais complicadas, questão de autismo e de algumas psicoses (...) com algumas teorias que, hoje, pensando, podem ter sido um pouco exageradas, eu diria assim. E talvez fosse importante também fazer uma autocrítica e pensar um pouco a respeito desses limites das duas áreas, que podem conversar, cada um com a sua pertinência. (Fragmento 198 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Em ambos os exemplos, o que se defende é a manutenção das linhas de tensão que a psicanálise introduz nos campos médico e psiquiátrico. Um entrevistado desenvolve essa ideia no trecho seguinte, em que situa a psicanálise como uma das três vertentes, consideradas por ele, essenciais no âmbito da psiquiatria: a neurobiológica, a comportamentalista e a psicodinâmica.

---

Eu acho que a psicanálise e a psicoterapia (...) são linhas de tensionamento que fazem parte da psiquiatria e da medicina (...) não vejo assim, como coisas separadas. (...) Psiquiátrico e psicanalítico, psicoterápico? Psicanalítico. Eu acho que a gente nunca deveria ver esses campos como separados de forma radical. Então a psicanálise, no ponto de vista epistemológico, como método de conhecimento de fenômenos mentais, como um meio de tratamento de determinada psicopatologia, ela é uma das linhas de tensão dentro da psiquiatria. (...) Ela precisa continuar sendo considerada, na minha opinião como uma das linhas de tensão dentro da psiquiatria, tanto clínica, quanto teórica, uma das linhas é a linha biológica, biologicista, outra linha é a linha comportamentalista e outra linha é a linha psicodinamicista que tem as raízes na psicanálise (...) uma opção é ver como uma necessidade de apartar radicalmente a psicanálise da psiquiatria, eu não vejo dessa forma, eu preciso sustentar (...) a psicanálise, a psicodinâmica como uma das venteras possíveis, dentro da psiquiatria, então disso, esse é um dos pontos que eu acho que eu não consigo abrir mão no momento, apesar dos métodos de ganho de

conhecimento da epistemologia precisar ser separado de modo radical.  
(Fragmento 199 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Os diferentes desafios epistêmicos apresentados nos relatos anteriores dialogam com a posição de entrevistados que renegam a ideia de uma psiquiatria única, no singular. Eles defendem a ideia de que existem “psiquiatrias”, questionando a associação direta e exclusiva entre “psiquiatria” e o que consideram o “modelo americano de psiquiatria”, surgido, sobretudo, após a segunda metade do século XX.

---

Eu acho que não tem como falar de psiquiatria, né, porque quando a gente força esse singular de psiquiatria, a gente esconde diversas outras psiquiatrias que existem, né? Porque existe uma psiquiatria americana que reina por uma questão de capital e por uma questão, enfim, de grana mesmo, né, que compra todo mundo, mas esse uso de singular... e sempre quando as pessoas começam a falar mal da psiquiatria, eu sou alguém que digo: ‘Não existe uma psiquiatria, existem psiquiatrias, existem várias outras psiquiatrias. Existe psiquiatria comunitária, existe a psiquiatria psicodinâmica, existe a psiquiatria alemã, a psiquiatria francesa (...). Existem várias psiquiatrias’. Então assim, eu sou supercrítico dessa psiquiatria biomédica, biologizante, neurocientífica americana, acho realmente superlimitada. Pode ter coisas interessantes aí, né, mas acho superlimitada. (Fragmento 200 – Psiquiatra – Aluno)

---

No relato seguinte, o entrevistado aposta na existência de uma psiquiatria que dialoga com a psicanálise, não exclusivamente voltada à nosografia e ao tratamento farmacológico. Ele, entretanto, não nega a coexistência dessa psiquiatria com outras formas, segundo ele, voltadas a uma espécie de adaptação do sujeito a uma norma: “normótico, adaptado, capitalístico”.

---

Eu vejo uma psiquiatria com diálogo com a psicanálise (...) vejo aí uma psicopatologia que não é simplesmente a nosografia, que o cuidado não é um cuidado só farmacológico, né, e que não tem uma intervenção que salva, né, ou uma pílula que resolva (...) então acho que essa psiquiatria, junto com a psicanálise, ela é potência para o ser humano. Acho que muito da psiquiatria, né, que pensa a questão de um sujeito mais normótico, adaptado, capitalístico, né, essa coisa da empresa farmacológica, né, acho que tem esse espaço que não gosto, né? (Fragmento 201 – Psicólogo – Aluno)

---

O código 4 reúne os depoimentos que ampliam a discussão sobre as tensões entre medicina, psiquiatria e psicanálise, incluindo-as em uma zona de tensão anterior, situada em torno de duas questões primordiais: primeiramente, a relação delas com as diferentes noções de ciência, desde as reflexões epistemológicas até as consequências práticas no campo, e em segundo lugar, ainda ancorado na relação com a ciência, o desenvolvimento da psicologia baseada em evidências, de orientação comportamental.

O próximo trecho aponta questões centrais no debate sobre a relação da medicina e da psicanálise com as noções de ciência.

---

Monografia sobre as Afasias é um texto que eu acho, assim, fundamental pra se entender como se constitui o campo da psicanálise. Então, desde lá, já tem essa... início de ruptura desses campos, as ideias localizacionistas e tudo mais. (...) Então eu acompanho muito pela psicanálise essas controvérsias (...) aonde sempre retorna, começa uma espécie de influxo, que volta, vai e volta, toda hora, ao caráter da psicanálise, científico. Então eu consigo localizar, no começo da psicanálise, eu consigo localizar a crítica popperiana onde que a psicanálise não seria refutável porque... Então, uma vez não refutável, não poderia ser ciência e eu, de certa forma, concordo com ele, só que eu acho que não é um problema... (...) É que a gente ficar muito absorvido pelo campo das ciências positivistas e desse tipo de ciência e a gente se esquece porque é um campo que produz muita coisa, um discurso muito forte, que não é o único canto de ciência. Até pensar o que é ciência já é uma grande questão. Fala prum matemático que medicina é ciência. Ele vai rir. Qual previsibilidade você tem, dentro da medicina, comparado com os modelos matemáticos? (...) a medicina também não é um campo tão monolítico assim. (Fragmento 202 – Psicólogo – Supervisor)

---

Ao retomar a crítica de Popper à cientificidade da psicanálise, sobretudo, o argumento popperiano da irrefutabilidade das proposições psicanalíticas, o entrevistado parte de um dos mais antigos debates nesse campo. É possível observar que ele adere a um posicionamento bastante comum entre psicanalistas ao afirmar que “de certa forma concordo com ele, só que eu acho que não é um problema”. Como discutido em outro ponto do trabalho, uma das formas de pensar a relação entre psicanálise e ciência (Japiassu, 1998), parte do questionamento da necessidade de que a psicanálise se reconheça como ciência e do desatrelamento entre ciência e rigor epistemológico ou entre ciência e verdade.

Apesar desta primeira linha de discussão, o entrevistado avançará para um segundo ponto, em que questiona propriamente o que se entende por ciência em diferentes contextos. A reflexão epistemológica adotada, levanta a perspectiva de diferentes “tipos de ciência”, em que o positivismo não é a única possibilidade. O entrevistado traça ainda um paralelo entre psicanálise e medicina, ressaltando que esta também não se enquadraria de maneira ideal nos referenciais de ciência, sobretudo, se se leva em consideração a perspectiva própria do chamado “positivismo duro”. O entrevistado termina utilizando uma comparação com o modelo matemático, artifício também utilizado por outro entrevistado no fragmento abaixo:

---

(A psicanálise) vai ganhando corpo enquanto se especifica pra uma outra área (...) que envolve outras manifestações do humano ligado mais às humanas, às ciências humanas, que também é uma questão interessante pensar, né, tem o

debate de ciências exatas com as ciências humanas e a dificuldade de se validar aquilo que a gente pensa como humanidades. (...) É muito tentador quando você consegue equacionar matematicamente alguns problemas. E olha como a matemática produziu avanços pra gente, mas a própria matemática tem lá, né, o princípio da incerteza, ela tem lá uma série de indefinições e limites que quem não leva em consideração acaba achando que há uma fórmula mágica para desvendar todos os mistérios do universo e reduzir todas as questões a fórmulas e leis estáticas, imutáveis. E tem uma questão que é a vida, essa vida que acontece, que muitas vezes ela não respeita simplesmente essas leis. Até na biologia, né? Tem variações biológicas que são incompreensíveis, num certo sentido, pelas leis da matemática, da genética. Imagina isso colocado num circuito de relações entre as pessoas, a multiplicidade de possibilidades e de singularidades que é a vida de cada um de nós. Num limite, a gente poderia pensar que seria impossível estudar um campo, formar um campo de conhecimento, dada a multiplicidade de coisas. (Fragmento 203 – Psiquiatra – Supervisor)

---

No texto anterior, o entrevistado avança para outras importantes questões relacionadas à ciência. Ele também utiliza o modelo matemático e o “princípio da incerteza” para afirmar que nem todas as ciências possuem objetos mensuráveis de maneira exata e inequívoca pela régua da matemática e, conseqüentemente, da estatística. Por meio desse raciocínio, traz para o debate a questão das diferenças entre ciências exatas e ciências humanas, e a frequente indagação, comum na literatura, sobre a pertinência de atrelar a psicanálise de maneira ampla e irrestrita a alguma delas (Japiassu, 1998, Beer, 2017).

Por outro lado, como fez em outros pontos da entrevista, o entrevistado se detém à complexidade do objeto de estudo da psiquiatria e da psicanálise. Ao retomar as “variações biológicas” que não correspondem às leis gerais da biologia, da genética e da matemática, ele problematiza o “objeto” marcado pela “multiplicidade de possibilidades e de singularidades que é a vida de cada um de nós”, atravessado pelo “circuito de relações entre as pessoas”. Ao fazer essa reflexão, o entrevistado não nega a importância da matemática em diferentes contextos, mas questiona a sua pertinência e eficiência na abordagem de várias nuances do objeto em questão. As leis gerais do psiquismo e do sofrimento psíquico, segundo ele, não dariam conta do “único”, do singular e do subjetivo.

Outra entrevistada, por sua vez, aborda, por meio da retomada histórica, o movimento de progressiva aproximação da psiquiatria às ciências biológicas, seus paradigmas e proposições, e ao mesmo tempo o afastamento de outras formas de compreensão do sujeito. Segundo seu ponto de vista, esse momento se aprofunda após a publicação do DSM-IV e segue ainda hoje com um distanciamento importante dos modelos psicanalíticos de compreensão do sujeito e de intervenção sobre o sofrimento.



---

Eu acho que a psiquiatria começou a entrar num desejo de aproximar-se muito mais das ciências biológicas do que das ciências humanas. E aí, do meu ponto de vista, ela começo a se afastar muito de uma compreensão de um sujeito de uma forma não objetiva assim, não médica, dessas outras possibilidades de compreender um aparelho psíquico, uma estrutura que não é necessariamente cérebro e neurônios. (...) A partir aí do DSM-4, ela começou a fazer questão de divergir muito da psicanálise na compreensão do ser humano e na terapêutica que poderia ser feita em relação a isso. (...) E aí eu sinto que hoje ela faz, e ainda continua fazendo no meu ponto de vista, força pra se distanciar muito da compreensão do sujeito psicanalítico (...) faz força pra mostrar que não, nós somos diferentes, isso é outra coisa, nós somos uma especialidade médica. (Fragmento 204 – Psiquiatra – Aluna)

---

Também partindo da perspectiva histórica, outra entrevistada aborda as transformações no campo da saúde mental, a partir do que percebe como mudança das noções de ciência e cientificidade, e das consequências dessas mudanças, no contexto dos hospitais psiquiátricos, ao longo de três décadas. Segundo seu modo de compreender, duas importantes consequências foram a ênfase na medicina e na psicologia baseada em evidências e a progressiva exclusão dos referenciais psicanalíticos.

---

A experiência que eu tive foi de que a psiquiatria se valia muito da psicanálise pra compreender os fenômenos mentais, pra compreender e pra definir as condutas, inclusive as condutas medicamentosas, mas isso é uma vivência que eu tive lá atrás, isso eu estou falando de mais de 30 anos, né? (...) casos clínicos em reuniões clínicas eram discutidos com base em compreensão psicanalítica, né? (...) algo muito rico, muito legal, muito bom. Não só para os profissionais, mas principalmente para os pacientes, né? (...) (Mas, recentemente) quando eu volto pra um hospital, pra uma instituição psiquiátrica (...) eu me surpreendi muito (...) o que eu observo é justamente a psicologia baseada em evidências, é ela sim que é considerada, que é levada em conta, como mais uma ferramenta num tratamento, além da ferramenta química, né, os medicamentos, também existe a psicoterapia, mas a psicoterapia que apresenta evidências concretas, palpáveis, que possam ser mensuradas, não é a psicanálise, né? Porque você tá falando aí de comportamentos, de remissão de comportamentos, né? E não dá pra... né? Você não tem um procedimento padrão que você vá aplicar indiscriminadamente em todos os pacientes pra você poder mensurar, pra você poder fazer um estudo científico e poder afirmar que foi tal variável, que foi essa variável que o comportamento refletiu, que a porcentagem de... não dá pra fazer isso usando a ferramenta da psicanálise, então eles não usam, se eles não usam, eles não vão incentivar, não vão validar, né? Inclusive eles não se valem mesmo da psicanálise. (Fragmento 205 – Psicóloga – Aluna)

---

Assim como no trecho anterior, outros entrevistados destacam a forte aproximação da psiquiatria com as ciências biológicas e a ênfase nas variáveis passíveis de aferição estatística, como definidores dos caminhos da psicologia, nas últimas décadas. Da mesma forma que os



princípios da medicina baseada em evidências foram amplamente incorporados pela psiquiatria, a psicologia baseada em evidências adquiriu grande protagonismo no campo.

---

Se você for pôr *stricto sensu*, a psicologia, ela está muito mais próxima da medicina do que da psicanálise. (...) Se a gente pensar o que é uma definição de psicologia, que é o estudo do comportamento humano (...) e que é isso, tem ciência experimental com isso, controlada, né? Pensa nos experimentos da psicologia, eles são muito mais próximos duma ideia de ciência médica, com medidores diferentes (...) do que da psicanálise. (Fragmento 206 – Psicóloga – Supervisora)

A psiquiatria se aproximou, por exemplo, da terapia comportamental (...) que é grande responsável, por exemplo, pelo DSM, né, pelo manual diagnóstico. Então todas as psicopatologias que estão no DSM, se você vai ler (qual é o) melhor tratamento, TCC, né? Então acho que, na psicologia, né, a resposta... se descobrir um nicho possível de resposta que, com todo respeito, né, é a TCC, né, e a psicanálise que era uma grande, né, uma grande ciência ficou deixada de lado se nega a dar as respostas que a psiquiatria quer, né? (Fragmento 207 – Psicólogo – Aluno)

---

A concepção de que atualmente há uma predominância de afinidade da psiquiatria com a psicoterapia comportamental, mostrou-se frequente, sobretudo, entre os alunos do curso. A despeito do interesse e investimento teórico-clínico em psicanálise que os levaram a frequentar o curso, muitos nutrem impressões e fantasias relacionadas a uma certa fragilidade das relações entre psiquiatria e psicanálise e à distância desta em relação às psicoterapias comportamentais e à psiquiatria baseada em evidências.

---

Eu sei que a psiquiatria e a psicanálise foram muito fundidas em algum momento, já foram muito mais fundidas e hoje a psiquiatria tá muito mais cognitivo-comportamental do que psicanalítica por vários motivos. E acho que eu não sei... não tenho conhecimento suficiente pra poder também explicar esses motivos. (Fragmento 208 – Psicólogo – Aluno)

Uma parte (dos psiquiatras) aceita e gosta e estuda (psicanálise), né, vai atrás, mas muitos não. Muitos acham que terapia é importante mais comportamental, focar naquele sintoma e tratar aquilo. Então eu diria que é bem dividido. (Fragmento 209 – Psiquiatra - Aluno)

Eu percebo a coisa de americanos, né, psiquiatras americanos, cientificistas que acho que estão mais ligados até na comportamental, né, que talvez tenha uma coisa mais rápida, sei lá. Fico até imaginando, será que eu estou viajando, né, nesse momento de ainda pensar no Freud? (Fragmento 210 – Analista leiga – Aluna)

---

Por fim, uma das entrevistadas demonstra esperança de alcançar entre tantos paradoxos e zonas de tensão, a possibilidade de diálogo entre as diferentes disciplinas.

---

A Residência de Psiquiatria, ainda que ela inclua a psicanálise e a terapia, né, ela está dentro de uma instituição médica cujo escopo é uma transmissão de uma ciência médica baseada em evidências, né, toda uma forma de produzir ciência ligada à produção bioquímica. Há uma tentativa de encontrar respostas fisiológicas para questões da fala, da linguagem, do comportamento, das emoções. Agora, eu acho que a mente... a vida é muito mistério. Então eu não sei como, por exemplo, alguém pode pensar que uma coisa excluiria a outra. Acho que pensar que uma coisa excluiria a outra é admitir uma verdade sobre a vida que ninguém tem. Então acho muito válida a tentativa da biomedicina de mapear tudo isso e de interferir em tudo isso e de tentar fazer a vida do ser humano melhor, né? E o que a gente faz é uma outra coisa que tá junto com isso, que é trabalhar a fala, né, a escuta e a fala. Tem uma frase (...) que eu gosto muito, que ele diz, o fármaco da alma é a fala. (Fragmento 211 – Psicóloga – Supervisora)

---

Esse modo de compreender sustenta uma perspectiva de convívio entre os campos em que contribuições específicas e imprescindíveis de um e outro são consideradas. Na próxima sessão, serão apresentados os resultados que discutem como esse grupo específico de profissionais de saúde mental pensa as possibilidades de convívio e interação entre psiquiatria e psicanálise na contemporaneidade.

### 5.3.2.3 Formas de convívio e interação entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental (Código 5 da Categoria Temática 5)

O código 5 reúne as respostas dos entrevistados que, ao serem indagados sobre a maneira como enxergam as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental, decidem falar sobre as maneiras como as duas disciplinas podem ou não conviver e interagir entre si.

Ao tomar como possibilidades extremas a ruptura do diálogo ou a fusão indiscriminada das disciplinas, sem consideração pelas diferenças epistemológicas fundamentais (“casamento psicopatológico” entre psiquiatria e psicanálise, proposto por Dunker e Kyrillos Neto, 2011a), pode-se afirmar que a maioria dos entrevistados opta por um caminho intermediário, praticamente equidistante dessas posições.

O discurso da colaboração foi enfatizado pela maioria absoluta dos entrevistados, dado esperado no contexto de uma pesquisa com profissionais que escolheram se aprofundar no campo psicanalítico, no âmbito de um Hospital Psiquiátrico. Entretanto, existem diferentes e significativas nuances dessa colaboração que passaremos a discutir agora.

O fragmento abaixo parte do relato de um psiquiatra, aluno do curso, que defende o que foi considerado aqui a primeira forma de relação entre os campos, identificada na pesquisa: a complementariedade.

---

Eu acho que tanto a psiquiatria não está conversando legal com a psicanálise como a psicanálise não conversa tão legal com a psiquiatria. (...) É como se cada um lidasse com coisas diferentes. O que, em parte, é verdade, mas em parte não é. No final das contas, você está lidando com um sujeito. (...) Eu vou te dar exemplo, aquele psiquiatra que fala, ‘pô, não, psicanálise é legal e tudo mais, mas ela não... assim, ela é um acessório ali, né, vai fazer, é legal pra se conhecer, pode te ajudar um pouco na sua angústia, mas assim, o que vai resolver o seu problema é fazer o tratamento medicamentoso’. E o psicanalista que (diz) ‘bom, tudo bem, né, sei lá, psiquiatria (...) (mas,) não pode ficar usando remédio, tem que... vamos aumentar as sessões de análise, vamos fazer cinco vezes por semana ou não sei o quê’. (...) Então acho que é isso assim, sabe? Eu acho que falta um pouco de ceder um pouco, sabe? Do tipo, a psicanálise não é a senhora de tudo, assim como a psiquiatria não é, enfim, e não precisa ser. (...) Enfim, você pode usar dos dois como algo complementar. Não é a mesma coisa, não vai agir no mesmo lugar, mas está tudo bem, enfim, o que importa é o sujeito no final, é o que está acontecendo com ele. (Fragmento 212 – Psiquiatra – Aluno)

---

A ideia da “complementariedade” torna-se mais complexa à medida que os profissionais adquirem experiência no campo e aumentam o repertório de informações sobre as diferenças epistemológicas fundamentais entre psiquiatria e psicanálise. Dessa forma, observa-se que, entre alunos que estão iniciando o percurso formativo, essa posição é explicitada de maneira mais otimista, quiçá ingênua, desconsiderando, por vezes, as zonas de tensão e as dificuldades relatadas anteriormente.

---

É completamente plausível as duas áreas trabalharem juntas, principalmente nesses casos mais delicados, né? Então eu vejo que é muito complementar. (Fragmento 213 – Analista leigo – Aluno)

O ideal, entre aspas assim, é “trabalhar com”. Mas cada caso é um caso. Mas eu não demonizo a medicação não. Eu acho que já foi usada de maneira irregular (...) talvez haja um descuido, ter um excesso de uso medicamentoso, como existe excesso de exame médico. (Fragmento 214 – Psicólogo – Aluno)

---

Vale lembrar que muitos desses alunos estão se aproximando dos desafios da interface psiquiatria e psicanálise pela primeira vez, dispostos a enfrentar preconceitos anteriores e experimentar o trabalho colaborativo.

---

Então, pra ser bastante sincero, quando eu vou pro IPq também é um pouco pra romper um preconceito que existe da psicanálise com a psiquiatria, porque uma das coisas que me disseram quando eu fui pro IPq, o pessoal do IPq é muito organicista, o que quer dizer isso? (...) Em geral, o psicanalista tem uma certa resistência com a medicação. (Fragmento 215 – Analista leigo – Aluno)

---

Por outro lado, profissionais com maior tempo de percurso tendem a adotar uma postura mais crítica sobre as relações de colaboração entre psiquiatria e psicanálise, sustentando que a manutenção das especificidades de cada uma é fundamental para a otimização dos resultados desta colaboração. Nesse contexto, algumas vezes, a noção e o termo “complementariedade” passam a ser substituídos por “suplementariedade”.

---

Tem que ser uma relação que é respeitosa, da crítica, da divergência, de onde está a diferença, do que que é que pode estar ali colocado como pensamento diverso e da necessidade de responsabilidade ética sobre paciente, mas que ao mesmo tempo precisa ter alguma flexibilidade pra entender que a redução (de qualquer um dos campos) pode ser uma miopia. (Fragmento 216 – Psicóloga – Supervisora)

Por experiência pessoal, eu tive uma boa vivência (...) tive pacientes (...) com, por exemplo, surto psicótico (...) uma outra experiência também de atender um paciente internado (...) conversa com os psiquiatras sobre o que estava acontecendo, as dúvidas desses psiquiatras naquela situação de indefinição de diagnóstico, um convite pra falar numa reunião entre os psiquiatras sobre essa paciente e que eles queriam ouvir a opinião da terapeuta (...) essa disponibilidade pra ouvir uma outra linguagem, enfim, um outro ponto de vista (...) no sentido de pensar sobre... (...) não de complementação, né, de suplementar mesmo essas duas áreas. (...) Eu comecei a conhecer muito essa parte dos medicamentos, dos efeitos, enfim, das combinações, mas no sentido mesmo de olhar pra essa paciente além dos remédios. Então eu acho que isso me permitiu... eu não quero entrar no universal, mas também reconhecer repetições. (Fragmento 217 – Analista leiga – Supervisora)

---

A ideia da suplementariedade realça a aposta no convívio de “diferentes linguagens” e “pontos de vista”. No exemplo acima, a entrevistada destaca a abertura dos psiquiatras do hospital para a “opinião da terapeuta” e a transformação da psicanalista que, sem desconsiderar a subjetividade, se permite observar aspectos gerais do sofrimento psíquico, ou seja, “reconhecer repetições”.

A perspectiva de suplementariedade apresentada pela entrevistada é semelhante àquela apresentada na sessão referente às zonas de tensão entre psiquiatria e psicanálise, em que o entrevistado propõe que o trabalho das diferentes disciplinas “não é para operar junto, é para operar ao mesmo tempo, operar em paralelo” (fragmento 194, na p. 138).

Essas posições são discutidas em outros depoimentos, à medida em que os entrevistados buscam metáforas que consigam representar suas experiências. Dentre elas, é comum a tentativa de demarcar firmemente os limites entre os campos e as possibilidades de convívio por meio da indagação sobre a necessidade de um “luto” do psicanalista com relação à medicina:

---

Eu fui fazendo um pouco um luto dessa história durante a minha vida, um luto da psiquiatria, um luto dessa medicina, desse jeito, porque... eu não sei, não vejo muito a psicanálise como remédio, assim, sabe? Eu acho que ela é o contrário. (...) eu acho que a psiquiatria ajuda, como o remédio, a melhorar a dor das pessoas e tudo, eu acho que a psicanálise ajuda você poder ter dor, ao contrário, né? (...) Na minha história, eu tive que fazer um luto da medicina e da psiquiatria. Eu tive que fazer. (Fragmento 218 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Outro entrevistado, ao discutir as diferenças radicais entre método anátomo-clínico e método psicanalítico, retoma a ideia do luto como uma metáfora útil para demarcação das diferenças entre psicanálise e medicina, mas aponta o mal-entendido que pode ocorrer, se a ideia do luto é tomada como interrupção radical do diálogo entre os campos.

---

Eu sempre falo, que também sou mal-entendido nisso, agora eu percebo isso, tenho falado menos, o “luto” da medicina, quer dizer, você tem que fazer o luto disso daí. (Fragmento 219 – Psiquiatra – Supervisor)

---

O mesmo entrevistado, em outro ponto da entrevista, reflete e redimensiona as hostilidades e rivalidades históricas entre psiquiatria e psicanálise, apresentando uma perspectiva de maior integração entre elas na contemporaneidade. Ainda que ele insista na diferença epistemológica radical, sustenta o convívio entre as disciplinas.

---

Tinha essa ideia, que eu não sustento mais, de um inimigo comum (psiquiatria e psicanálise como “inimigas”, saberes incompatíveis), eu também não vejo mais assim e talvez nunca tenha sido assim, isso é um carregar nas cores assim, muito... datado, né? De um momento que é um momento. (Fragmento 220 – Psiquiatra – Supervisor)

---

À medida que avançamos, concluímos que, neste grupo, não se identifica a proposta de uma ruptura total entre as disciplinas ou de uma posição de inconciliação absoluta entre os saberes. Os entrevistados, muitas vezes, exercem, simultaneamente, práticas da psiquiatria e da psicanálise e propõem formas particulares de conciliação entre os campos. Um deles ressalta o “convívio interno” na mente e na práxis do profissional, dessas diferentes posições, articuladas de modo pessoal e subjetivo.

---

Eu acho que a psicanálise e a psicoterapia (...) são linhas de tensionamento que fazem parte da psiquiatria e da medicina, então eu não vejo assim, como coisas separadas, no fundo a minha maior lealdade, fidelidade eu acho, teórico-clínica é a psicanalítica, aquele papo de qual é a cueca, underwear, qual que é a roupa que você veste mais embaixo, a minha roupa mais de baixo é psicanalítica e por dentro, daí depois por cima eu ponho o jaleco, tá? A minha roupa e o jaleco e eu trabalho, eu não deixo de atender como psiquiatra, mas no fundo eu estou sempre assim, de olho no clima transferencial (...) a relação médico-paciente, mas também a relação médico-sujeito, eu acho que essas coisas não são excludentes, acho que a gente ensina e aprende elas de maneiras excludentes em prol da didática, do didatismo pra ficar mais fácil de absorver, mas eu não vejo, então, por exemplo, se eu medico alguém eu tô sempre de olho (em) (...) quais significados que tem essa medicação, se o ato de medicar tá favorecendo o processo analítico ou se ele tá servindo como defesa, resistência. Pra mim, o olhar analítico está sempre... como essa coisa da cueca, está sempre como se fosse a última barreira, o último posto de observação que incide sobre tudo. (Fragmento 221 – Psiquiatra – Supervisor)

---

Em outro depoimento, uma psiquiatra descreve o seu modo particular de fazer os “conhecimentos psiquiátricos” colaborarem para um projeto terapêutico do paciente, sustentando, entretanto, uma compreensão do sujeito que é psicanalítica.

---

Então hoje, como eu vejo? E o que que eu tento fazer na minha prática clínica? Tentar alcançar o que é possível da psiquiatria, o que que a psiquiatria trouxe de avanços. Então sim, temos medicações, temos coisas que podem aliviar um sofrimento em determinadas situações, podem amenizar angústia, pode ajudar nos momentos que as coisas estão mais difíceis, mas a minha compreensão do sujeito é muito mais do ponto de vista psicanalítico. Então se você não compreendeu o que te levou até a essa questão, o que que na sua história autobiográfica, que que são as forças que te trouxeram até aqui, não adianta nada você tomar sedativos e medicações que te coloquem pra dormir ou que aliviem determinada angústia. Então, hoje, a minha clínica eu baseio nisso, muito nisso assim, o que que você pode utilizar da psicofarmacologia e que a psiquiatria desenvolveu e evoluiu e o que que nessa terapêutica você pode usar pra beneficiar que esses pacientes consigam alcançar de fato a compreensão daquilo que os faz sofrer. (Fragmento 222 – Psiquiatra – Aluna)

---

Próximos ao final, relembremos a noção de “*coletivos de pensamento*” (Fleck, 1935/2009) para apresentar alguns fragmentos de entrevistas em que as formas de convívio entre psiquiatria e psicanálise são explicitadas a partir de descrições do movimento de grupos de psiquiatras em dois diferentes espaços. As especificidades de cada uma das situações evidenciam demandas teóricas e clínicas que parecem determinar a predominância de certos *coletivos e estilos de pensamento*, em detrimento de outros, o que não impede os profissionais de cotejar as diferenças e pensar sobre elas.

No primeiro relato, o entrevistado apresenta as particularidades do trabalho como psiquiatra em uma enfermaria psiquiátrica coordenada por ele. Pode-se perceber, por meio do depoimento, exigências e peculiaridades clínicas, éticas, operacionais e, até mesmo, jurídicas do trabalho nesse contexto. Essas características influem no modo como esse grupo de psiquiatras percebe a psicanálise, alternando movimentos de aproximação e distanciamento dela.

---

Formando como psiquiatra, a gente é colocado (...) nessa função, para agir, tomar decisão, né, interna, não interna, como faz? E se você (...) o tempo todo, leva em consideração que tem (algo a) mais ali no discurso do paciente, você precisa ouvir o paciente por meia hora, uma hora, como você vai atender 10 pacientes numa manhã? Como você vai atender, sei lá, num pronto-socorro, fazer prescrição. Então (...) você estava perguntando sobre essa relação da psiquiatria, psicanálise também, pra mim, é uma coisa ainda... é meio difícil. (...) Momentos (em) que eu um pouco visto o psiquiatra, né, então eu estou lá nessa enfermaria e preciso decidir se esse paciente precisa ser internado ou não. (A psicanálise) ajuda a gente a pensar que, enfim, aquela relação com tal pessoa pode estar determinando muito mais daquele sintoma e tal, mas (...) eu levanto suspeitas, mais do que eu consigo, de fato, ouvir o paciente. (...) Eu não fico muito confortável, assim, nessa situação (...) qualquer interpretação aqui, eu estou atirando um pouco no escuro. (...) Então eu tenho atuado, né, como psiquiatra (...) me angustiando um pouco, deixando um pouco de lado essa capacidade de escuta, mas no consultório, aí sim, isso fica um pouco mais fluido, né? (Fragmento 223 – Psiquiatra – Aluno)

---

Outra entrevistada relata conflito semelhante ao relembrar uma experiência de trânsito entre um CAPS, onde era demandada para as atribuições objetivas e pragmáticas do Serviço de Saúde, e um curso de introdução ao pensamento psicanalítico. A psiquiatra retoma a pressão e a autocobrança vivenciadas por ela, ao circular entre coletivos de pensamento muito distintos, o que segundo o seu entendimento, provocara, por meses, sintomas somáticos, como recorrentes crises de enxaqueca.

---

Eu estava trabalhando no CAPS e (...) na sequência, eu já ia pra fazer o (curso) Conflito e Sintoma. (...) Eu tive umas enxaquecas terríveis na época porque eu me sentia (...) trocando a chave, assim, sabe? No CAPS, eu tinha que ter uma postura, né, um pouco mais... ah, psiquiatra mesmo, do remédio (...) (e) de repente, a gente mergulhar na psicanálise, no conflito e sintoma, né? E aí, quando eu me dei conta desse sintoma, eu comecei a pensar em escrever sobre isso. Eu falei (...) ‘tem alguma coisa acontecendo aqui, né, por que que eu preciso mudar de chave quando eu estou num lugar e quando eu estou em outro?’ E aí meu texto foi sobre isso, né, psicanálise e psiquiatria. (Fragmento 224 – Psiquiatra – Supervisora)

---

Em ambos os depoimentos, os entrevistados vivem situações desafiadoras, em que diferentes modalidades de intervenção e repertório teórico-clínico são exigidos do psiquiatra.

No primeiro caso, a necessidade de tomada de decisões com repercussões éticas importantes (“interna, não interna?”), a sobrecarga de trabalho (“10 pacientes em uma manhã”) e a falta de adequação do *setting* para aprofundamento sobre o caso (“qualquer interpretação aqui, eu estou atirando um pouco no escuro”), lançam desafios que interpelam o método psicanalítico clássico, sobretudo, em contextos fora da chamada “clínica padrão de consultório”. Essas circunstâncias impactam o modo dos psiquiatras se aproximarem da psicanálise, ao mesmo tempo em que despertam críticas e questionamentos sobre o próprio saber psiquiátrico, evidenciando a complexidade do campo.

---

Eu acho que o discurso da psiquiatria predominante é até muito raso (...) uma interpretação individual dos critérios do DSM, cada um entende como quiser. Eu (...) sou um dos supervisores lá numa enfermaria com residentes. (...). Então passam alguns grupos de residentes e tem alguns colegas que estão lá juntos. E dá pra ver mais ou menos a ideia que eles têm, o jeito como eles terminam o primeiro, o segundo ano de residência. A psicanálise parece uma coisa meio... (...) algumas pessoas se admiram por aquele conhecimento ou percebem que tem ali algo valioso, mas eu acho que a ideia hegemônica, assim, é a de que a psicanálise não se presta muito a essa ciência aí, principalmente essa ciência organicista. Eu acho que isso (a ciência organicista) é o que mais ainda fascina, assim, as pessoas nessa perspectiva, nessa ideia de ter um poder sobre o conhecimento, de conseguir fazer as coisas, de abarcar as coisas com uma suposta concretude, assim, né? (Fragmento 225 – Psiquiatra – Aluno)

---

Ao descrever demandas concretas do cotidiano na enfermaria psiquiátrica, o entrevistado manifesta a ambivalência dos colegas e dele próprio acerca da psicanálise. Por um lado, ela é considerada “valiosa”, mas, por outro, é percebida com desconfiança e reserva pelo *coletivo de pensamento* predominantemente assentado em referências médicas e com orientação pragmática no cuidado em saúde mental. Da mesma forma, atribui à psiquiatria um “discurso muito raso”, embora não possa prescindir de seus recursos e ferramentas na prática cotidiana.

Por fim, ao problematizar tais questões, o entrevistado acrescenta ainda sua percepção de que a resistência de muitos psiquiatras à psicanálise, deve-se, em parte, a dificuldades de tolerar as angústias inerentes ao sofrimento psíquico, mantendo, assim, uma postura onipotente e excessivamente intervencionista.



---

Talvez seja angustiante demais pra algumas pessoas, né, não dar uma conduta, não ter uma resposta, isso ser uma coisa mais aberta, assim, eu acho que algumas pessoas têm dificuldade de se colocar nessa posição, né, como psicanalista, menos de colocar coisas e mais de ir tentando revelar, né, tirar coisas na fala do paciente, menos de agir e mais de escutar, né? Eu acho que isso é uma perspectiva meio difícil para as pessoas, para os médicos (...) tem uma galera da faculdade que enche o peito, assim, pra recitar todas as condutas clínicas num AVC (acidente vascular cerebral), por exemplo, né, você tem que fazer isso, aquilo, tal, tal, a pessoa um pouco se envaidece, eu acho que é isso, não sei. (Fragmento 226 – Psiquiatra – Aluno)

---

Na segunda situação descrita nesta sessão, percebe-se uma postura diferente de um subgrupo de psiquiatras que frequentam o curso objeto da pesquisa. Diferentemente da maioria dos entrevistados que pretendem atuar, ou já atuam como psicanalistas, alguns psiquiatras buscam ampliar o repertório de conhecimentos em psicanálise, com a finalidade de aprimorar a escuta dos pacientes na clínica psiquiátrica em si.

Esses entrevistados se referem a outros colegas psiquiatras que também se interessam pela psicanálise, como um saber paralelo que os auxiliam, embora não constitua sua prática principal. Referem-se a isso como o “interesse pela psicodinâmica”.

---

Eu acredito que isso tenha sido desenvolvido, a psiquiatria clínica, a clínica de medicamento, os estudos genéticos, muito à parte da psicanálise e da psicologia analítica também, desses tipos de abordagem de tratamento. (...) É muito, muito à parte, tem muito pouca coisa que liga uma coisa na outra, na maneira de estudar, na maneira de trabalhar, mas o que eu tenho visto e que me anima bastante é que muitos psiquiatras que estão se formando psiquiatras, eles têm esse interesse pela psicodinâmica, se aprofundam em psicodinâmica, alguns abandonam a clínica psiquiátrica, trabalhando mais na análise, mas muita gente fazendo psiquiatria psicodinâmica. E estão medicando, falando de fatores genéticos, biológicos, lendo os *guidelines* de psiquiatria, primeira linha de tratamento. E, ao mesmo tempo também (...) se interessando pela análise. (Fragmento 227 – Psiquiatra – Aluna)

Eu acho que depende do profissional, porque tem psiquiatra que não gosta, ou não se interessa, não acredita, então trabalha sem isso, mais médico, né? (...), mas também é uma área em que tudo intercala, então acredito que tenha a parte química, mas também acho que não é só isso porque toda a história daquela pessoa, cada coisa vai influenciando no momento presente. Então se você une as duas coisas, você consegue pensar na medicação, mas também trabalhar com as questões que vão ajudar o paciente a entender alguma coisa além do remédio. (...) Às vezes dá pra fazer isso, mesmo sendo uma consulta uma vez por mês, eu tento ir abordando as questões pra ir entendendo. (Fragmento 228 – Psiquiatra – Aluno)

---

Um último entrevistado ilustra a distância que, muitas vezes, os *coletivos de pensamento* em saúde mental tomam entre si, devido a aspectos práticos do cotidiano que afastam, por

exemplo, os psiquiatras das ferramentas e recursos psicanalíticos. Ele cita a sobrecarga de trabalho e a escassez de tempo na Residência Médica, e mesmo após sua conclusão, para o aprofundamento nos meandros do sofrimento psíquico dos pacientes.

---

Eu acho que uma coisa é a psiquiatria psicodinâmica que eu acho que ela vai bem, mas é aquilo, não é, eu acho que pela frequência que a gente vê os pacientes, eu via na formação, não é, ver a prática clínica da psiquiatria acaba sendo uma coisa que não dá pra aprofundar pelo tempo, pela questão do tempo, se fosse semanal, mais de uma vez por semana até talvez daria, mas como fica uma vez por mês, uma vez a cada 1 mês e meio, 2 meses, acaba que fica muita coisa pra um curto espaço de tempo, sei lá, você vai atender o paciente 50 minutos, como você vai conseguir ver efeito colateral de medicação, ver sintoma psiquiátrico, biológico, exames e ao mesmo tempo conseguir dar vazão à escuta sem que você faça, sem que você corte, sem que você... que você dê espaço, não é? Acho que é uma coisa que me deixa desesperado assim, pra conseguir conciliar isso. (Fragmento 229 – Psiquiatra – Aluno)

---

## 6. Discussão

Um inventário das vozes de 47 profissionais do campo da saúde mental (psiquiatras, psicólogos e analistas leigos), concebido por meio de metodologia qualitativa, oferece um panorama descritivo detalhado da experiência de aproximação entre a psiquiatria e a psicanálise na contemporaneidade, vivida no âmbito do IPq do HC/FMUSP.

O mergulho empreendido propõe a escuta de profissionais de saúde mental que optam por um curso de aprofundamento teórico-clínico em psicanálise no âmbito de um Instituto de Psiquiatria, parte de um grande Complexo Hospitalar, ou seja, no contexto da saúde. Dessa maneira, não entrevistamos profissionais que recusam a interface entre esses campos ou que tomam as diferenças epistemológicas entre saberes como impeditivos de convívio. Também não entrevistamos profissionais envolvidos com outras modalidades de psicoterapia, sejam de outras vertentes psicodinâmicas ou comportamentais etc.

Em uma perspectiva metodológica qualitativa, essa delimitação nos oferece uma descrição densa de um fenômeno específico. A pretensão aqui não é de generalizações amplas e definitivas dos fenômenos observados para outros contextos. As características da amostra deixam claro que não foi proposto comparações ou modelos. A aposta está em compreender aquilo de específico que esse grupo particular pode revelar sobre a complexa interação entre os saberes no campo da saúde mental e do convívio entre psiquiatria e psicanálise, no que há de dificuldades, tensões, atritos, mas também de possibilidades e alcances.

A “incomensurabilidade” entre os diferentes saberes no campo da saúde mental, discutida anteriormente, por meio da retomada da difícil tradução entre as linguagens dos diferentes *coletivos de pensamento* (psiquiatria, psicanálise etc.), faz-nos apostar na existência de “pontos cegos” e zonas de “eclipsamento de verdades”, que a escuta desse grupo específico pode ajudar a esclarecer.

Lowy (1994, p. 10) enfatiza os limites das capacidades cognitivas do cérebro nos processos de aprendizagem, quando determinadas conexões são obstruídas (ou, por outro lado, facilitadas) pelo contexto subjetivo e sociocultural dos pesquisadores e demais profissionais dos diferentes *coletivos de pensamento*. Thomas Kuhn, em uma perspectiva semelhante, enfatiza o caráter autorreferenciado da comunidade científica, em que “o aprendizado científico é um aprender de habilidades manuais, perceptivas e cognitivas de forma dirigida” (Tesser, 2008, p. 100).

Nesse sentido, escutar esse grupo específico, nos moldes de um documentário sistematizado, objetivo possibilitado pelos recursos inerentes à metodologia qualitativa, permite

compreender algo da experiência deste grupo – as circunstâncias, motivações e sentidos de sua existência e investimentos – útil para iluminar pontos obscuros da psiquiatria, da psicanálise e das relações entre elas, no campo da saúde mental.

### 6.1 As motivações

A primeira conclusão que depreendemos da observação desse grupo é que a psicanálise é uma práxis complexa, que para sua genuína assimilação, demanda uma articulação dos pressupostos teórico-clínicos com os aspectos subjetivos (experiência de *análise pessoal* e contato com *o sofrimento psíquico pessoal*) do profissional que a investe.

Assim, constatamos que, em grande medida, aquilo que esse grupo de profissionais considera valioso e busca conhecer melhor, ao procurar aprofundamento teórico-clínico em psicanálise, passa por uma forte experiência pessoal. Diz respeito às experiências “na própria carne” (p. 59), vivências pessoais que os permitiram perceber os efeitos da análise pessoal em suas próprias vidas – no seu próprio psiquismo – reconhecendo, assim, o valor e a importância do método psicanalítico.

Conforme apresentado na página 59, estão de acordo com a proposição de Moretto (2019), escolhida como epígrafe desta dissertação, segundo a qual

---

(...) “não é exatamente pela essência do que é a psicanálise que ela se torna alvo de elogios ou de insultos. É, geralmente, pela força de seus efeitos, sejam eles positivos ou negativos, que ela se faz presente como tema central nos distintos contextos em que as pessoas, cada um ao seu modo, se empenham em transmitir algo de sua experiência com a psicanálise” (Moretto, 2017, p. 191).

---

Os resultados da investigação possibilitam aprofundar essa afirmação de natureza conceitual e identificar, com clareza, que efeitos são esses, e por quais diferentes maneiras eles impactaram a vida dos profissionais entrevistados. Partimos de experiências descritas, contundentemente, como de “sobrevivência” (p. 60-62). Nelas, os entrevistados descrevem processos de análise pessoal em que a continência psíquica e o desenvolvimento de capacidades psíquicas criativas para lidar com situações desorganizadoras e paralisantes foram consideradas vitais.

Outros efeitos foram: 1) melhora sintomática de possíveis transtornos psiquiátricos (p. 62-63); 2) impacto no enfrentamento de experiências traumáticas e lutos complicados (p. 63);

3) desenvolvimento da capacidade de pensar, da autonomia e liberdade (p. 64-65); 4) ampliação do reconhecimento do próprio desejo e, muitas vezes, da possibilidade de vivê-lo (p. 65); 5) enfrentamento de preconceitos e da repressão sexual produtora de sintomas (p. 65); 6) ampliação das condições de lidar internamente com questões existenciais relativas à condição humana e suas vicissitudes (p. 67).

De maneira ainda mais específica, os entrevistados descreveram com detalhes processos de 1) discriminação entre o “eu” e o “outro”, com transformação de vínculos fusionais impeditivos da plena realização do sujeito (p. 65-66), e 2) a modificação de repetições sintomáticas (compulsão à repetição), interpretadas pelos entrevistados como manifestações inconscientes, sobre as quais não tinham contato antes dos processos de análise (p. 66-67).

Todos esses efeitos têm valor intrínseco quando os pensamos em relação aos efeitos benéficos para a vida do sujeito. Entretanto, foram, para além disso, destacados como determinantes da escolha da psicanálise como referencial teórico-clínico dos profissionais entrevistados, porque eles reconhecem, por meio das experiências vividas em si mesmos, o aprendizado de como a psicanálise opera na clínica (p. 68-70 / código “apreensão do “modo de funcionar” da psicanálise”). Consideramos significativa e esclarecedora a descrição de como esses processos se dão.

Nos fragmentos 23, 24 e 25 da entrevista 11, considerada paradigmática deste aspecto abordado na pesquisa, o entrevistado ressalta que “a partir dos efeitos vivenciais diretos da minha análise pessoal” é impossível “desver” tais fenômenos subjetivos e íntimos. Da mesma forma, vários relatos permitem visualizar maneiras como os entrevistados tomaram contato com conceitos abstratos a partir da experiência concreta, “encarnada”, pessoal: o *inconsciente*, pela “emergência do infantil” em análise (fragmento 24), a *transferência*, a partir da comparação de manejos clínicos observados em análise ou outros tipos de psicoterapia (fragmento 26), a *escuta psicanalítica*, pelo reconhecimento das vantagens de seu caráter não diretivo e respeitoso para com os tempos da resistência (fragmento 27), os *atos analíticos*, pelos efeitos inequívocos percebidos em si mesmo (fragmento 28).

Como consequência, essas experiências parecem funcionar como antídotos para simplificações e reducionismos que desconsideram os aspectos subjetivos e abstratos do psiquismo e acatam de maneira acrítica propostas de operacionalização dos sintomas e do sofrimento psíquico que os transformam, sem o devido rigor, em números, estatísticas e evidências, conforme discutido por diversos autores (Szajnbok, 2013; Calazans e Lustoza, 2008; Calazans e Lustoza, 2012).

Os dados apresentados põem em cena os riscos de que a incomensurabilidade e a má tradução entre as linguagens de diferentes *coletivos de pensamento* em saúde mental, se não enfrentadas e criticadas, empobrecem o reconhecimento da complexidade dos fenômenos psíquicos, levando ao que Iannini (2017) descreve como “a perda de toda densidade ontológica do objeto descrito” (Iannini, 2017, p. 124). Dessa forma, nos parece razoável a proposta de que o profissional de saúde mental persiga esse profundo conhecimento de si mesmo, defendido pelos entrevistados, evitando, assim, posições simplistas, autoritárias e empobrecidas, comparáveis à movimentação canhestra de Simão Bacamarte, antológico personagem do conto “*O alienista*”, de Machado de Assis.

Outro aspecto considerado determinante para adesão à psicanálise, com repercussões importantes para nossas conclusões, emerge da clínica em sentido amplo. Conforme discutido anteriormente (p. 70-72), os entrevistados descrevem o desenvolvimento gradual de uma “intuição da potência” da psicanálise, a partir das vivências e percepções decorrentes da prática clínica de escuta do outro, em diferentes contextos.

As principais percepções que os levam a “intuir” sobre a potência da psicanálise na clínica, são referentes à 1) identificação dos aspectos singulares implicados no sofrimento dos pacientes, em contraponto às leis gerais e universais, propostas por teorias e nosografias psiquiátricas (p. 72-73), e ao 2) reconhecimento do impacto e pregnância dos sentidos inconscientes, ocultos nos sintomas e no sofrimento psíquico (p. 73-74).

Sobre o contraponto entre o geral e o singular, vários entrevistados enfatizam o desafio de integrá-los no momento de se estabelecer o diagnóstico e o tratamento psiquiátricos. Não negam a importância de parâmetros objetivos em determinados contextos (fragmentos 176, 222 e 223), mas criticam a desconsideração dos aspectos subjetivos e singulares nas abordagens clínicas. Exemplos relacionados à clínica dos transtornos do humor, da ansiedade e da sexualidade são relatados pelos entrevistados (p. 75-76). Muitos creditam ao encontro com a psicanálise, a aquisição das ferramentas demandadas no âmbito da clínica, tanto para abordagem da subjetividade, singularidade e pessoalidade, quanto para a devida inclusão dos aspectos inconscientes percebidos (p. 76-77).

Os relatos sobre a identificação de formações do inconsciente nos sintomas (p. 73-74), estão em consonância com as proposições de Stanguellini & Broome (2014), em editorial do *The British Journal of Psychiatry*, em que ressaltam a importância da distinção, no âmbito da clínica, entre “queixa” e “sintoma”, destacando aspectos relevantes de ambas sobre as quais os pacientes não têm consciência e domínio.

---

“A ciência biomédica foi em parte construída sobre a transformação de uma queixa em um sintoma. Isto permitiu a ciência médica ver na queixa (p. ex., cansaço) o efeito de uma causa patológica ativa no corpo humano (p. ex., uma disfunção endócrina). Esse movimento da queixa para o sintoma e do sintoma para fisiopatologia pode ofuscar o fato de que a queixa tem um significado para o indivíduo que sofre: expressa uma questão ou um desejo. A pessoa pode não necessariamente buscar a eliminação de sua queixa, mas sim o cumprimento do seu desejo (p. ex., ver o médico falhar e triunfar sobre ele como um paciente incurável)” (Stanguellini & Broome, 2014 apud Leite et al, 2023. Tradução dos autores.).

---

Ao comentar o editorial de Stanguellini & Broome (2014), no contexto de uma análise que visa cotejar as contribuições da psicanálise à psicopatologia e à psiquiatria contemporânea, Pereira (2014) ressalta que é

---

“interessante observar a emergência espontânea no argumento desses autores de categorias propriamente psicanalíticas visando dar conta da especificidade do campo psicopatológico, tais como a diferenciação entre demanda e desejo, o caráter paradoxal da realização de desejo embutido no sintoma, bem como o surgimento de um gozo paradoxal, de natureza autodestrutiva, sustentando a relação transferencial com médico. (...) Todos eles são identificáveis no interior da situação clínica concreta, mas irreduzíveis às abordagens objetivantes e generalizantes próprias às ciências naturais” (Pereira, 2014, p. 1043).

---

Sobre tais abordagens “objetivantes e generalizantes” (p. 75), um dado relevante emerge do subgrupo específico dos psiquiatras entrevistados (n=20), cujas percepções oriundas da atividade clínica, frequentemente estavam atreladas a críticas aos Programas de Residência Médica em Psiquiatria, apoiadas no que nomeiam como “frustração” com as modalidades de escuta e manejos clínicos ali propostos (código “frustração com Residência Médica em psiquiatria” (p. 74-76).

Essas críticas e a conseqüente busca pelo curso objeto da pesquisa, como caminho para sanar a falta de instrumentalização para lidar com a subjetividade (p. 76), corroboram a impressão de inúmeros autores que descrevem o empobrecimento das abordagens dos aspectos subjetivos em Programas de Residência Médica em psiquiatria, após a publicação do DSM-III, com a conseqüente exclusão ou periferização da psicanálise e da fenomenologia de seus conteúdos (Dewald, 2000; Boyce, 2006; Andreasen, 2007; Yakeley et al., 2014; Gabbard, 2018).

Em suma, o que depreendemos dessas reflexões é que os entrevistados, apesar de não rechaçarem os conhecimentos objetivos do campo (fragmentos 176, 222 e 223), reconhecem

sua insuficiência para abarcar os aspectos singulares, não objetiváveis e não mensuráveis pelas régulas da estatística e das evidências (Calazans; Lustoza, 2012). Além disso, reivindicam o desenvolvimento de ferramentas para abordar aquilo do sofrimento psíquico humano, que demanda continência e elaboração, mas não eliminação ou abolição radical. Os entrevistados propõem que essa posição pode evitar tanto o *furor curandis* no campo da saúde mental, quanto a “medicalização do psíquico” (Calazans; Lustoza, 2008).

Se os motivos descritos até aqui para o interesse pela psicanálise – análise pessoal, contato com o próprio sofrimento, atividade clínica e busca de uma escuta ampliada – são entendidos como principais motores do investimento na psicanálise, outros fatores também se mostraram relevantes.

Chamaremos, genericamente, de “influências socioculturais” os estímulos provenientes do meio social e cultural dos entrevistados, reconhecidos por eles como determinantes da valorização e busca da psicanálise. Retomando a noção de *estilo de pensamento* de Ludwik Fleck, propomos que as transformações socioculturais do século XX criaram, em determinados contextos, uma atmosfera sociocultural que, ao mesmo tempo, fomentou e encontrou eco e respaldo no *estilo de pensamento* psicanalítico.

Zaretsky (2004) propõe que o lugar da psicanálise nas transformações socioculturais associadas à Segunda Revolução Industrial (1880-1920) é comparável ao papel ocupado pelo “calvinismo para o primeiro capitalismo e o metodismo para a industrialização” (Zaretsky, 2004, p. 17). Segundo o autor, a psicanálise, ao introduzir a noção central de “inconsciente pessoal”, torna-se “uma teoria e uma prática” de uma nova aspiração da cultura, própria do modernismo da segunda década do século XX.

---

“O segredo é vê-la como *a primeira grande teoria prática da ‘vida pessoal’*. Com a expressão ‘vida pessoal’, refiro-me a experiência de ter uma identidade distinta do meu lugar na família, na sociedade e na divisão social do trabalho (...) uma experiência historicamente específica de singularidade e interioridade (...) uma experiência sociologicamente baseada nos processos modernos de industrialização e urbanização e na história da família” (Zaretsky, 2004, p. 14).

---

Tais transformações dão lugar à existência de um “sujeito”, de uma “vida íntima”, independente das determinações exteriores da família, da autoridade e das injunções sociais. Esse clima que, por um lado, cria resistências e gera ataques à psicanálise, por outro, é fonte do inequívoco fascínio a que vários dos entrevistados se referem ao recuperar as motivações para sua aproximação à psicanálise.



Assim, pais, amigos, professores, artistas e escritores são descritos pelos entrevistados, como os primeiros a lhes oferecer – por meio de inspirações, conselhos, sugestões, exemplos, livros ou obras de artes – caminhos para compreensão da condição humana, da vida psíquica, da subjetividade, do inconsciente, e para aproximação aos enigmas da vida (sexualidade, angústias, conflitos). Tais influências são consideradas “abertura de portas” para o contato com a psicanálise, seja diretamente (fragmento 71 - “*um amigo me emprestou um livro, Introdução à Melanie Klein, de Hanna Segal. Eu fiquei assustadíssimo com esse livro. Assustadíssimo. Adorei*”), ou, simplesmente, por oferecer uma atmosfera de escuta e continência impregnada por premissas psicanalíticas (por exemplo, a referência ao “jeito de ser”, às conversas e estímulos do professor de filosofia, no Ensino Médio. – fragmento 54).

Os aspectos biográficos, a constituição da subjetividade e as características pessoais dos entrevistados são descritos, portanto, como importantes motivações para aproximação à psicanálise (fragmentos 48 a 52). Parte dos entrevistados associam essas experiências precoces com as escolhas profissionais posteriores, especialmente relacionadas à medicina e à psicologia, e, mais tardiamente, no âmbito delas, à psicanálise.

Um aspecto relevante dessas influências socioculturais é o papel dos psicanalistas atuantes como “formadores” no campo da saúde mental: professores e supervisores. Nesses casos, a participação direta de profissionais pertencentes a *coletivos de pensamento* ligados à psicanálise tem forte influência no interesse e na adesão de profissionais de saúde mental à psicanálise.

Seja apresentando o campo pela primeira vez ou acolhendo o interesse prévio daqueles que buscam se aproximar da psicanálise, os formadores são portadores “do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo de pensamento” (Fleck, 1935/2009, p. 82). Muitos entrevistados contam que, por meio deles, conquistaram uma “nova linguagem” e novos meios de escuta da subjetividade e do sofrimento psíquico (fragmento 61).

Szajnbok (1999) escreve sobre a supervisão psicanalítica em uma instituição psiquiátrica e aponta dois aspectos reveladores sobre o modo como supervisores e professores psicanalistas influem na adesão dos profissionais de saúde à psicanálise. No primeiro, ela fala sobre a importância de capacitar médicos residentes a escutar dos pacientes “sua individualidade, sua subjetividade, os conteúdos e o funcionamento do seu mundo mental” (Szajnbok, 1999, p. 76). A autora conclui dizendo que “refazer o percurso freudiano é, antes de tudo, escutar pessoas” (Szajnbok, 1999, p. 76).

O segundo ponto diz respeito ao estímulo para que os profissionais em formação façam suas próprias análises pessoais:

---

“São sempre aconselhados a procurar sua própria análise, e muitos o fazem. É notável, aos olhos dos supervisores, a diferença na qualidade de atendimento prestado entre aqueles que estão e os que não estão em análise, o que só confirma o aforismo de que psicanálise se aprende sobre o divã, e não nos bancos da universidade” (Szajnbok, 1999, p. 77).

---

Alguns entrevistados descrevem, ainda, a tessitura de laços de intimidade, amizade, acolhimento e identificação, considerados fundamentais para a construção do profissional e, mais que isso, das pessoas que se tornaram (fragmentos 63 e 64). É por meio da relação transferencial que a confiança se estabelece e articulações fundamentais são construídas.

Sobre esse aspecto, Szajnbok (1999) afirma que

---

“é eficaz quando, no próprio contexto da supervisão, se estabelece um vínculo entre residente e supervisor, que também podemos chamar de transferencial. (...) Também a supervisão psicanalítica parece estar apoiada sobre a transferência supervisionando-supervisor. Trata-se, assim, de um aprendizado pela experiência, muito mais do que uma elaboração teórica racional sobre cada caso. (...) A psicanálise transmite-se fazendo-a. É a crença na veracidade dessa noção que nos permite sustentar o discurso e a prática psicanalítica mesmo em tempos em que ela é tão mal compreendida, e por vezes subestimada”. (Szajnbok, 1999, p. 77-78).

---

Concluimos, assim, acerca das variadas formas de influência sociocultural para aproximação à psicanálise que, a despeito da reflexão crítica de Zaretsky (2004) apontar para o paradoxo da psicanálise entre sua posição de “grande força de emancipação humana” e os movimentos contrários em seu próprio interior, “de preconceitos antipolíticos, antifeministas e homofóbicos” (Zaretsky, 2004, p. 13), o que os entrevistados desta amostra destacam é a abertura que ela lhes oferecera para uma visão de mundo (*weltanschauung*) permeada pelos valores da singularidade, subjetividade, liberdade, autonomia e democracia.

Por outro lado, a ênfase dos entrevistados na necessidade de se manter a psicanálise no campo da saúde mental, demonstra a reação vigorosa desse grupo àquilo que o *Comitê de Psicanálise e Saúde Mental* (Committee on Psychoanalysis and Mental Health Field), da *International Psychoanalytical Association* (IPA), apontou como “fatores gerais externos” responsáveis pela perda de expressão da psicanálise no campo da saúde mental.

Dentre eles, destacamos, especialmente, a “tendência predominante na cultura atual, que concede privilégios científicos e financeiros a respostas rápidas, concretas e não reflexivas para os sintomas emocionais e para o sofrimento” (Eizirik & Foresti, 2019, p. 2), além do

---

“chamado ‘neoliberalismo’, a desregulamentação e os cuidados gerenciados (os efeitos da globalização nos sistemas de saúde e no campo da saúde mental)” e as “novas tendências na nosologia psiquiátrica (...) ascensão da psiquiatria biológica, pesquisa e prática exclusivamente orientadas para medicamentos, política de diretrizes “baseadas em evidências” (Eizirik & Foresti, 2019, p. 2).

---

Por fim, concluímos a discussão sobre essas “motivações”, retomando a metáfora da “casca de cebola”, usada por uma entrevistada (fragmento 81) como modelo das várias “camadas” do processo de aproximação e apropriação da psicanálise pelos profissionais de saúde mental.

Segundo essa maneira de compreender, aqueles que aderem à psicanálise o fazem por via da “experiência na própria pele”, mas também por meio de um filtro intelectual que coaduna a experiência subjetiva, pessoal, com outras experiências: clínicas, teóricas e aquelas associadas às influências socioculturais e transferenciais.

A consequência mais radical desse processo é que, diferentemente daqueles que pretendem excluir a psicanálise do campo da saúde mental, por meio de uma crítica rápida e superficial à sua suposta “não cientificidade”, os entrevistados demonstram que a adesão à psicanálise implica a compreensão de um pensamento e de uma práxis complexos, que incluem aspectos subjetivos, abstratos e inconscientes do psiquismo humano e de suas formas de sofrimento, sem prescindir da racionalidade.

## 6.2 *As circunstâncias*

Se antes nos detivemos nas motivações dos profissionais entrevistados para aprofundamento em psicanálise, e naquilo que esse interesse revela, agora, discutiremos o que podemos compreender a partir da escolha por um curso de aprofundamento em psicanálise, criado e conduzido no âmbito de um Instituto de Psiquiatria de um Complexo Hospitalar Público.

Os entrevistados responderam sobre o porquê da escolha do curso nesse contexto, e sobre porque compreendem como pertinente a presença da psicanálise no Hospital Psiquiátrico.

Além disso, apresentaram suas concepções sobre o que consideraram essencial e constitutivo do campo psicanalítico e como enxergam as relações entre psiquiatria e psicanálise no campo da saúde mental, ao longo da história e ainda hoje. É a partir desses dados que podemos compreender algo de significativo sobre as circunstâncias e os sentidos desse fenômeno específico.

A primeira constatação relevante diz respeito à demanda atendida pelo curso (e, conseqüentemente, pelo NP do IPq- HC/FMUSP) de um espaço específico para o saber psicanalítico no âmbito da psiquiatria e, mais amplamente, da saúde mental. Em um contexto em que a psicanálise não é o saber preponderante e, muitas vezes, enfrenta consideráveis resistências, a busca dos profissionais entrevistados é por pertencer a um grupo em que possam desenvolver os interesses por esse campo (psicanálise) tão questionado no *mainstream* da psiquiatria contemporânea, sem prescindir do diálogo com a saúde mental e a psiquiatria. Os relatos codificados como “frustração com a Residência Médica em Psiquiatria” (p. 74-76) reúnem críticas às propostas de escuta e manejo clínico considerados excessivamente objetivantes e simplificadores. Apresentam também a demanda por outros recursos de escuta e abordagem do sofrimento psíquico. Conforme no fragmento 98, o que se procura é um espaço/grupo com “pessoas que falam de uma maneira que me faz sentido também e que têm as mesmas preocupações”.

Nesse sentido, quando indagados sobre o quê de fato consideraram essencial e constitutivo do campo psicanalítico (aquilo que lhes “faz sentido”), os entrevistados revelam principalmente a necessidade de sustentar, no âmbito da saúde mental, alguns princípios gerais, considerados os fundamentos da escuta e da ética psicanalíticas (p. 112-115) e a importância das noções de subjetividade, singularidade e pessoalidade (p. 114-115). Citam também conceitos e aspectos técnicos da psicanálise que consideram imprescindíveis para seu trabalho clínico, com ênfase nas noções de inconsciente (p. 106-109) e transferência (p. 109-110).

Assim, ainda que não se trate de um estudo histórico formal, as informações coletadas na pesquisa demonstram como vem se constituindo este *coletivo de pensamento* psicanalítico, seu “desenvolvimento histórico”, conforme postulado por Fleck (1935/2009, p. 82), no contexto específico da psiquiatria contemporânea, no Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP.

Desde o depoimento dos entrevistados que acompanharam há mais tempo este processo, incluindo os relatos dos fundadores do NP e do curso, além dos ex-residentes do IPq que se ligaram ao grupo posteriormente e também dos profissionais que vieram de fora, atraídos pelas

possibilidades do espaço, os dados revelam os caminhos da tessitura deste *coletivo de pensamento* psicanalítico e as principais linhas de sentido dessa construção.

A heterogeneidade do grupo (idades, graduações prévias, diferentes adesões teóricas psicanalíticas, participação como alunos ou supervisores) revela que em torno do objetivo central de participar de um coletivo de pensamento quem encampe a psicanálise como eixo, vários outros objetivos distintos se estruturam:

- Possibilidade de interface com as áreas da saúde, medicina e psiquiatria, possibilitando o contato dos profissionais com pacientes cujas gravidade clínica e complexidade psicopatológica são mais comuns nos contextos da psiquiatria, além de permitir o contato com fronteiras epistemológicas pouco exploradas fora do âmbito da saúde e da medicina (fragmentos 111, 112, 171 e 172).
- Possibilidade de oferecer atendimento psicanalítico, bem como aprimoramento psicanalítico para profissionais de saúde mental, no Sistema Público de Saúde, enfrentando a questão da “elitização” da psicanálise (fragmentos 113 e 114);
- Possibilidade de realização dos primeiros atendimentos clínicos psicanalíticos supervisionados, incluindo profissionais sem formação prévia em medicina ou psicologia, os analistas leigos, que encontram dificuldades para iniciar sua trajetória formativa, mesmo em instituições psicanalíticas favoráveis à análise leiga (fragmento 115).
- Possibilidade de desenvolvimento das habilidades de transmissão da psicanálise para jovens supervisores, em atividades de ensino, teóricas e práticas (fragmentos 102 e 103).
- Sustentação da diversidade e pluralidade do pensamento psicanalítico praticado, acolhendo profissionais de diferentes orientações teóricas, com valor à transdisciplinaridade, à horizontalidade das discussões e com uma postura avessa à ortodoxia de certos contextos de formação psicanalítica (fragmentos 104 a 107);

### 6.3 Os sentidos

Encaminhamo-nos agora para um ponto de grande interesse desta discussão, em que propomos uma articulação das motivações dos entrevistados para aproximação à psicanálise e das circunstâncias dessa experiência no contexto da psiquiatria contemporânea, praticada no IPq, com aquilo que compreendemos como os sentidos inerentes a este fenômeno específico.

Dividiremos as considerações sobre os sentidos do fenômeno investigado nesta pesquisa em dois pontos centrais:

- A demanda teórico-clínica por uma escuta ampliada do sofrimento psíquico no campo da saúde mental, escuta essa que não prescindia dos aportes específicos provenientes da psicanálise.
- A defesa de uma resistência científica, política e institucional frente aos movimentos de exclusão da psicanálise, por diferentes motivos, do âmbito da clínica psiquiátrica e do campo ampliado da saúde mental e da medicina.

### 6.3.1 A “escuta” / A “clínica”

O primeiro ponto, discutido amplamente nas seções anteriores, diz respeito àquilo que um dos entrevistados sintetiza como demanda por uma sofisticação da “apreensão da natureza humana e do sofrimento” (fragmento 160). Fica evidente a defesa de uma modalidade de escuta clínica atenta à subjetividade (fragmento 147), à singularidade (fragmento 141), à personalidade (fragmento 148), ao inconsciente (p. 106-109) e aos eixos constitutivos do humano – o psíquico, o erótico, a linguagem (p. 121).

O desenvolvimento dessa escuta, no contexto de qualquer clínica em saúde mental, é vigorosamente defendido e buscado pelos entrevistados, sendo enfatizada por alguns como o ponto principal do alto investimento no campo psicanalítico. É como se os entrevistados experimentassem em si mesmos e intuíssem, a partir do atendimento clínico, a centralidade dessas noções e, a partir daí, não vissem sentido em sua exclusão de qualquer abordagem em saúde mental (fragmento 23).

Concluimos, assim, que os profissionais entrevistados estão de amplo acordo com a proposição de Gabbard (2018), para quem “a psiquiatria contemporânea corre o risco de perder a noção de ‘pessoa’ ao privilegiar o diagnóstico formal” (Gabbard, 2018, p. 183). Para o autor, a “pessoa diz respeito ao que há de único e idiossincrático num indivíduo, enquanto o diagnóstico psiquiátrico atual, diz das características comuns de um grupo de pessoas, que permitem colocá-las em uma única categoria” (Gabbard, 2018, p. 183). Apesar de reconhecer a importância de determinadas formalizações no campo psiquiátrico, o autor defende um ponto de vista compartilhado por boa parte dos entrevistados:

---

“a nomenclatura diagnóstica oficial em psiquiatria tem um papel, mas é insuficiente por si só para fornecer uma compreensão completa que sustente o tratamento decorrente do diagnóstico” (Gabbard, 2018, p. 185).

---

Essa afirmação dialoga ativamente com as proposições de Pereira (2019; 2021) sobre a pertinência e utilidade de uma psicopatologia de orientação psicanalítica, nomeada como “psicopatologia do sujeito singular”. No eixo dessa proposta, está a premissa de que a nosologia e a nosografia não são os únicos determinantes da condição patológica de um sujeito. A maneira como esse indivíduo irá conjugar diferentes fatores, determinando ou não a instalação de um quadro mórbido a ser tratado, é, segundo essa perspectiva, absolutamente única e singular. Pereira (2021) também discute as balizas teóricas psicanalíticas úteis para a abordagem da singularidade, no âmbito da clínica, conforme apresentado anteriormente (p. 42).

Ainda sobre a centralidade da subjetividade, ressaltamos o editorial de Yakeley et al. (2014), no *The Psychiatric Bulletin*, em que propõe um aprofundamento do modelo médico a partir das noções de subjetividade e emoção. No texto *Psychiatry, subjectivity and emotion – deepening the medical model*, os autores discutem “a negação da centralidade do sentido, da interpretação e da experiência subjetiva do encontro terapêutico” (Yakeley et al., 2014, p. 98), nas correntes teóricas orientadas por uma perspectiva positivista.

Para além da atenção aos aspectos cognitivo-comportamentais da relação terapêutica – “contato visual, escuta atenta, equilíbrio entre perguntas abertas e fechadas (...) empatia” (Yakeley et al., 2014, p. 98-99) – os autores defendem um aprofundamento da “comunicação emocional do médico, o relacionamento com o paciente” (Yakeley et al., 2014, p. 98). Segundo essa perspectiva, o foco estaria no profundo conhecimento sobre a experiência emocional do próprio médico. Para os autores, desconsiderar a própria emoção e subjetividade seria desperdiçar uma importante ferramenta de compreensão e intervenção sobre o sofrimento do paciente. Como exemplo, lembram que “reconhecer a contratransferência é importante” e que “nossas respostas emocionais subjetivas, das quais podemos não estar conscientes, podem afetar nosso julgamento ‘objetivo’ com consequências potencialmente sérias” (Yakeley et al., 2014, p. 99).

Por fim, retomamos a reflexão de Clemens (2014) ao indagar *What is medical about psychoanalysis – and what is psychoanalytic about medicine?* O autor relembra que

---

“a medicina tem suas raízes humanísticas nas afirmações do Juramento de Hipócrates, definindo as bases éticas da relação médico-paciente, mesmo quando enfatiza a fidelidade ao conhecimento científico de seu tempo. (...) A

cura começa na relação com o médico e a sintonia com a sutileza dos processos mentais e emocionais de qualquer paciente, contribuindo tanto para o diagnóstico quanto para o manejo do tratamento” (Clemens, 2014, p. 293).

---

### 6.3.1.1 Escuta da subjetividade e *furor curandis*

Neste ponto, discutiremos uma das principais consequências apontadas pelos entrevistados, sobre essa modalidade de escuta atenta à subjetividade. Diz respeito à capacidade de conter o sofrimento psíquico, considerá-lo e, eventualmente, oferecer os recursos médicos disponíveis, sem, entretanto, pretender exterminar completamente todo e qualquer tipo de dor psíquica, antes de reconhecer os sentidos subjacentes a ela, no contexto singular de cada sujeito.

No fragmento 161, a entrevistada cita o processo de luto de uma paciente e o tempo necessário para a elaboração. Ressalta, no contexto de um atendimento clínico, a surpresa da paciente frente à sua disponibilidade para escutá-la e ao tempo necessário para elaboração do luto. Da mesma forma, no fragmento 11, o entrevistado relata um processo pessoal semelhante, na adolescência, enfatizando a importância da continência não invasiva da analista, à época, e o quanto essa experiência vivida por ele o ensinara sobre os tempos do psiquismo, prevenindo-o de futuras precipitações e atropelos com seus pacientes.

Tomamos tais depoimentos, que partem da observação de processos de luto, como exemplos que se contrapõem às propostas de intervenção em saúde mental, descritas como “*furor curandis*”, e que dizem respeito ao ímpeto, em determinados contextos, de hipermedicalização de experiências psíquicas constitutivas da vida dos seres humanos (fragmentos 34, 149, 150, 165). Muitas vezes, essas propostas têm como meta, objetiva e pouco elaborada, uma “remissão total dos sintomas”.

Retomaremos, assim, dois conceitos psicanalíticos que oferecem instrumentos para a compreensão da dinâmica psíquica em situações análogas. Laplanche e Pontalis (2008), em seu *Vocabulário de Psicanálise*, definem “trabalho de luto” e “trauma”, oferecendo ferramentas que vão ao encontro das demandas dos entrevistados para compreensão e intervenção nessas situações específicas.

Sobre o trabalho do luto, definem-no como “processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o sujeito consegue progressivamente desapegar-se dele” (Laplanche; Pontalis, 2008, p. 509-510). Segundo os autores, Freud, em *Luto e Melancolia* (Freud, 1915/2009) afasta a ideia de que o trabalho do luto seja um processo de “atenuação



progressiva” e “espontânea” da dor da perda, aproximando-o de um verdadeiro trabalho de elaboração psíquica, com riscos de complicações graves, como o luto patológico e a própria melancolia.

Sobre o trauma, os autores o definem como um:

---

“acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica. Em termos econômicos, o traumatismo caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações” (Laplanche & Pontalis, 2008, p.522).

---

Nesse sentido, a possibilidade dos profissionais de saúde mental em conter o sofrimento e favorecer a ampliação da capacidade do aparelho psíquico do paciente para lidar com os excessos, é reconhecida por esse grupo de entrevistados como aspecto central do tratamento, não passível de ser desconsiderada em propostas excessivamente objetivantes e pragmáticas. Recentemente a criação da categoria “transtorno de luto prolongado”, no DSM-V-TR, reacendeu o debate sobre os prós e contras desse tipo de objetivação diagnóstica.

Ainda com relação ao conceito de trauma, Plakun (2012) afirma que essa noção, no âmbito da psiquiatria contemporânea, ficara reduzida aos diagnósticos de Transtorno do Estresse Pós-traumático e dos Transtornos de Ajustamento. O autor relembra a importância e a amplitude do conceito psicanalítico de trauma, revisando trabalhos que associam traumas sexuais na infância com transtornos psiquiátricos, como Abuso de Substâncias (Kendler et al., 2000 apud Plakun, 2012) e Transtornos de Personalidade (Johnson et al., 1999 apud Plakun, 2012). O autor destaca também o efeito positivo das psicoterapias no tratamento de transtornos psiquiátricos resistentes, cujos pacientes foram vítimas de abuso sexual na infância (Nemeroff et al., 2003 apud Plakun, 2012).

### 6.3.1.2 Escuta da subjetividade e alienação do desejo

Outro ponto significativo decorrente da perspectiva clínica privilegiada pelos entrevistados, e sobre o qual teceremos um breve comentário, é o cuidado com possíveis injunções valorativas ou morais dos profissionais sobre os pacientes no âmbito da clínica, no sentido de interferência sobre os desejos, comportamentos e modos de viver (fragmentos 163 e 164).

Roudinesco (1998, p. 146-147) rastreia o conceito de desejo na psicanálise e na filosofia, circunscrevendo a especificidade da noção de desejo em Freud como “antes de mais nada, o desejo inconsciente (...) ligado a traços mnêmicos, a lembranças”. Segundo Freud, o desejo “realiza-se na reprodução, simultaneamente inconsciente e alucinatória, das percepções transformadas em signos de satisfação (...) (e) têm sempre um caráter sexual” (Roudinesco, 1998, p. 148).

“Acho que eu posso resumir numa frase: ninguém sabe o que é melhor para o outro” é o modo como um entrevistado (fragmento 141) entende o que seja a “ética psicanalítica”, marcada radicalmente pelo respeito à alteridade e guiada pela lógica do desejo inconsciente.

No fragmento 163, o entrevistado ressalta a ênfase da escuta psicanalítica no singular e no subjetivo – “um lugar para cada sujeito”. No fragmento 164, a entrevistada fala de uma “escuta sem censura”. Tal premissa, do sujeito singular cuja fala não é censurada, revela a defesa de um tipo de escuta atenta a não alienação do sujeito no outro, no profissional que o atende ou em um ideal de mundo exterior a ele.

### 6.3.2 A resistência à exclusão dos referenciais psicanalíticos

Se compreendemos como primeiro sentido da presença da psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea, a demanda teórico-clínica por premissas psicanalíticas consideradas fundamentais, como a centralidade da subjetividade e do inconsciente, o segundo sentido nos parece uma consequência direta dessa demanda. Trata-se, assim, da resistência científica, política e institucional desse grupo ao que percebem como movimentos de exclusão da psicanálise no âmbito da psiquiatria e da saúde mental.

O tema é abordado de diferentes maneiras, retomando questões históricas e epistemológicas discutidas anteriormente. Entretanto, iniciaremos nossa discussão por aqueles que partem da ameaça de exclusão pelo argumento da suposta “não cientificidade” da psicanálise (p. 141-143).

No fragmento 202, o entrevistado afirma: “pensar o que é ciência, já é uma grande questão”. Essa frase traduz a própria essência do debate que se trava entre a psicanálise e a filosofia das ciências. Beer (2017, p. 190-192), ao enfrentar a complexidade da questão, diferencia o que seria um debate, de fato epistemológico, de retórica ideológica, chamando a atenção de que a perspectiva positivista não contém todas as possibilidades da ciência. Em seu livro, o autor apresenta inúmeras outras possibilidades nesse complexo diálogo da psicanálise

com o campo das ciências (filosofia, antropologia, linguística), sem excluir, entretanto, as próprias perspectivas positivistas ou a ideia de validação extraclínica da psicanálise, conforme discutiremos adiante.

No fragmento 202, o entrevistado refere-se a esta questão, ao afirmar que “a gente fica muito absorvido pelo campo das ciências positivistas (...) um campo que produz muita coisa, um discurso muito forte, que não é o único canto da ciência”. A partir dessa construção, avança para a problematização sobre diferentes concepções de ciência e metodologias científicas. A questão é abordada também no fragmento 203. Em ambos, os entrevistados estão em sintonia com as ideias de Iannini (2017, p. 122), ao relembrar a diferenciação estabelecida por Freud entre ciência e metodologia científica. Discutem, por meio de comparações, os diferentes instrumentos necessários para abordagem de problemas distintos. No fragmento 202, prevalece a comparação dos modelos matemáticos com os modelos médicos e, no fragmento 203, a retomada da discussão sobre o objeto das ciências humanas e das ciências exatas, ou naturais. Os entrevistados chamam a atenção para as réguas necessárias para aferição de diferentes objetos. “É muito tentador quando você consegue equacionar matematicamente alguns problemas” (fragmento 203), diz o entrevistado, sugerindo que a tentação não é passível de ser satisfeita.

Ao evidenciar a pretensão positivista da absoluta quantificação dos fenômenos, o mesmo entrevistado dá exemplos de situações em que essa aspiração não pode ser cumprida – “tem variações biológicas que são incompreensíveis num certo sentido, pelas leis da matemática, da genética. Imagina isso colocado num circuito de relações entre as pessoas, a multiplicidade de possibilidades e de singularidades que é a vida de cada um de nós” (fragmento 203).

Nesse sentido, Aguiar (2015, p. 229) retoma o pensamento de Ludwik Fleck para discutir as particularidades da produção do conhecimento em medicina, que são distintas do campo das ciências naturais. A autora ilumina os aspectos do campo médico que inviabilizam a pretensão de transformar as categorias observadas em “modelos ideais típicos que possam ser generalizáveis”:

---

“Por um lado, o interesse do conhecimento, na medicina, não é voltado para fenômenos regulares, ‘normais’, mas antes para as irregularidades, a saber, os estados patológicos dos organismos. Por isso, a articulação de regularidades entre os fenômenos patológicos e a definição de entidades nosológicas só é possível com alto grau de abstração em relação as observações individuais - e costumam ser temporárias. Por outro lado, o objetivo do conhecimento médico não é primordialmente a ampliação do ‘conhecimento em si’, mas

possui um caráter muito pragmático, qual seja, o controle dos estados patológicos. (...) As entidades nosológicas de doenças, vigentes na medicina desde o final do século XIX, colocam o saber médico numa dificuldade constante de enquadrar idiossincrasias complexas a modelos ideais típicos que possam ser generalizáveis a título de se alcançar um tratamento padrão” (Aguiar, 2015, p. 229-230).

---

Essa específica particularidade do campo médico, é ainda mais marcante no caso da psiquiatria, que exige metodologias científicas mais aptas a lidar com o singular, o irregular e o subjetivo. Essa posição está de acordo com diversos depoimentos que insistem nos limites dos parâmetros gerais e das metodologias quantitativas para a adequada abordagem do sofrimento psíquico e da subjetividade humana. Lembramos, assim, a afirmação de Taquette (2016) de que “as abordagens qualitativas buscam compreender essa realidade que os números indicam, mas não revelam” (Taquette, 2016, p. 525).

Nesse ponto, vale um breve comentário sobre a escolha da metodologia qualitativa, especificamente, para esta pesquisa. Ela também diz respeito à escolha de uma metodologia científica adequada ao objeto da pesquisa, marcado pela subjetividade dos profissionais entrevistados e atenta ao questionamento do atual significado da palavra ciência. Uma das riquezas “dos estudos qualitativos é a possibilidade de desconstrução da dicotomia entre objetividade e subjetividade: as realizações humanas exigem a objetivação das subjetividades” (Taquette; Villela, 2017).

Dessa forma, ter objetividade não significa excluir aspectos da subjetividade nem do objeto, nem do pesquisador em um processo de investigação.

---

“No caso da pesquisa qualitativa, ao contrário, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser considerado falha ou risco comprometedor da objetividade, é necessário como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. A inter-relação no ato da entrevista, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia a dia, as experiências e a linguagem do senso comum é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa” (Minayo, 2014, p. 266-267).

---

Sendo assim, pode-se afirmar que a pesquisa qualitativa prima pela objetividade, mas não pela neutralidade. Se esta diz respeito ao bloqueio da interação pesquisador – objeto, e se a pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender significados e intencionalidades dos fatos sociais, então, ela não poderá jamais se privar da interação subjetiva entre ambos e da valorização desse processo.

Retomamos, assim, o eixo de nossa discussão para voltarmos às propostas de generalização e quantificação dos fenômenos, no campo da saúde mental. Coerentemente com a discriminação estabelecida acima (entre objetividade e neutralidade), não se contesta o lugar da objetividade, mas a insistência nela, à guisa de uma posição “super objetivante”, marcadamente nas situações em que o subjetivo e o singular se mostram fundamentais para a compreensão dos fenômenos observados.

Dessa forma, abordaremos inicialmente as iniciativas ligadas à Medicina Baseada em Evidências e à Psicologia Baseada em Evidências e, posteriormente, as relações delas e dos discursos científicos com as nosografias psiquiátricas.

No fragmento 204, a entrevistada aponta o momento atual de maior aproximação da psiquiatria às ciências biológicas, em comparação às ciências humanas, e ressalta, nesse contexto, uma mudança de cultura no âmbito da saúde mental, com distanciamento de algo bastante assimilado décadas atrás, a “compreensão do sujeito psicanalítico”. Essas mudanças refletiriam a busca, cada vez mais acentuada, dos parâmetros quantitativos no campo da saúde mental.

No fragmento 205, a partir de uma recuperação histórica de longo prazo, a entrevistada discute as mudanças na cultura profissional no campo da saúde mental ao longo de 30 anos. Ela ressalta a ênfase atual na Psicologia Baseada em Evidência e na valorização de “ferramentas científicas” que “possam ser mensuradas”. Outros entrevistados também apontam a maior valorização das ciências experimentais, controladas (fragmento 203) e a banalização da observação clínica e da psicopatologia na clínica (fragmento 35) e em protocolos de pesquisa em saúde mental, com riscos para a qualidade da produção científica (fragmento 30).

No artigo “*Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências*”, Calazans & Lustoza (2012) revisam as premissas da Medicina Baseada em Evidências e criticam o que seria uma “extensão abusiva deste modelo para o campo das psicoterapias e da psicanálise”, especificando as limitações do modelo quando tratamos de sintomas psíquicos, sob risco de “acentuar a miséria do sujeito, desconhecendo justamente sua implicação no sintoma” (Calazans & Lustoza, 2012, p. 18). Esse ponto de vista corrobora as ideias de Stanguellini & Broome (2014) sobre a necessária discriminação psicopatológica dos sentidos subjacentes às queixas e aos sintomas dos pacientes, marcados pelos aspectos inconscientes destes e compreendidos por Pereira (2014), como “irredutíveis às abordagens objetivantes e generalizantes próprias às ciências naturais” (Pereira, 2014, p. 1043).

Em síntese, o que depreende dos resultados é a percepção dos entrevistados de que a psicanálise, nas últimas décadas, perdeu espaço no campo da saúde mental, seja por meio do

questionamento de sua cientificidade, da hegemonia da Medicina e da Psicologia Baseadas em Evidências, da aproximação estreita da psiquiatria com as psicoterapias comportamentais ou da busca de uma nosografia “super objetiva” e pragmática. Sobre esse aspecto, Pereira (2014, p. 1037-1038) enfatiza, inclusive, o movimento de aprofundamento do enfoque neurobiológico em sistemas nosográficos como o RDoC (*Research Domain Criteria*), que ambicionam encontrar “verdadeiros marcadores biológicos, específicos para cada transtorno mental” (Pereira, 2014, p. 1038).

Diante desse cenário, torna-se ainda mais evidente o sentido da existência desse Curso e do Núcleo de Psicanálise no Instituto de Psiquiatria como busca por um *coletivo de pensamento* psicanalítico, que sustente a presença do patrimônio psicanalítico nesse âmbito e ofereça resistência aos movimentos de exclusão, ou até banimento, da psicanálise no campo da saúde mental contemporânea, ambiente em que debates sobre cientificidade e objetividade, ainda carecem de amadurecimento e complexificação.

Com o intuito de lançar alguma luz a essa discussão, elegemos o estudo recente de Paulo Beer (Beer, 2017), como interlocutor privilegiado desta pesquisa, por entendermos que sua aposta no diálogo entre diferentes campos – o autor discute as possibilidades de validação extraclínica da psicanálise por métodos experimentais, sem hierarquização epistemológica ou metodológica de um campo frente ao outro – é sintônica com os referenciais teóricos deste trabalho, sobretudo, o pensamento de Ludwik Fleck, e com as conclusões que despontam da análise dos resultados relativos ao modo como os entrevistados consideram possíveis as interações entre psiquiatria e psicanálise.

### 6.3.3 Sutilezas e potencialidades do diálogo entre *coletivos de pensamento* no campo da saúde mental

Encerramos essa discussão com a lente voltada para as reais possibilidades de diálogo entre os diferentes *coletivos e estilos de pensamento* no campo da saúde mental. Decidimos discutir a partir de dados relativos às maneiras como os entrevistados enxergam as relações entre psiquiatria e psicanálise, historicamente e na atualidade, o que compreendemos como mais um sentido da sustentação dessa interface.

Diferentemente de outros temas investigados nesta pesquisa, profundamente marcados pela subjetividade dos entrevistados, a abordagem de como se dão as relações entre psiquiatria e psicanálise é fortemente influenciada pela experiência e pelos conhecimentos acumulados na trajetória dos entrevistados. Percebemos que, nesse caso, os supervisores do curso apresentam

pontos de vista mais complexos e elaborados, algo condizente com o maior repertório teórico e prática clínica.

Enquanto os depoimentos dos alunos abordam de maneira mais simplificada a ideia de complementariedade entre os campos (p. 146-147), a experiência dos supervisores os leva, de maneira geral, a apostar na suplementaridade, em que os campos dialogam entre si, mas mantêm as linhas de tensão decorrentes de diferenças epistemológicas essenciais. Um dos entrevistados explicita essa perspectiva com a seguinte proposição: “colaboração, cooperação, não, não é, porque não é pra operar junto, é pra operar ao mesmo tempo, operar em paralelo, né?” (fragmento 194).

Depreendemos dessa afirmação que não “operar junto”, mas sim “ao mesmo tempo” significa, como dito anteriormente, evitar “tipos de relação improdutivas entre os campos, quando um se apropria indevidamente de ferramentas do outro, ou quando elementos de um são aplicados de maneira simplista sobre o outro” (algo próximo ao “casamento psicopatológico” entre psiquiatria e psicanálise, proposto por Dunker & Kyrillos Neto, 2011a). Significa também assegurar que as potencialidades de cada um tenham espaço de desenvolvimento e que as especificidades sejam respeitadas.

Outro entrevistado apresentou uma interessante observação sobre o que compreende como a especificidade do “desafio epistêmico” da psiquiatria com relação à medicina (fragmento 191). Para ele, seria a demanda dirigida ao psiquiatra de que considere, ao mesmo tempo, os aspectos neurobiológicos (o “orgânico”) e algo para além disso, relativo à experiência vivida pelo sujeito (o “psíquico”), ambos considerados essenciais quando se pensa em sofrimento mental. Outra entrevistada (fragmento 192) ressalta, ainda, o acréscimo que a psicanálise traz a esse desafio: a perspectiva de uma dimensão inconsciente no interior do psiquismo.

A partir do reconhecimento desses desafios epistêmicos, discutiremos alguns relatos de psiquiatras entrevistados que desvelam sutilezas do cotidiano profissional que não podem ser escondidas atrás de ideologias e discursos simplificadores e objetivantes.

Nos fragmentos 197 e 198, ambos os entrevistados discutem a partir de situações clínicas desafiadoras (foram citados o autismo, as psicoses, a clínica das neuroses e dos sofrimentos decorrentes da vida cotidiana), a urgência do compartilhamento do repertório acumulado por cada *coletivo de pensamento* com os demais, o enfrentamento das simplificações na abordagem de problemáticas complexas e certa parcimônia ao abordar temas mais bem observados por outros saberes.

No fragmento 197, o entrevistado ressalta a necessidade de que a psicanálise se atente aos aspectos neurobiológicos reconhecidos na clínica dos transtornos autísticos. Por outro lado, insiste para que os psiquiatras se instrumentalizem para reconhecer, em situações clínicas similares, defesas psicológicas marcantes e graves (“defesas autísticas”), cujas origens ultrapassariam o aspecto neurobiológico e diriam respeito a problemáticas referentes aos processos de constituição do psiquismo, estudadas amplamente pela psicanálise.

No fragmento 198, o entrevistado, por sua vez, alerta para “avanços” de limites críticos entre os campos, quando psiquiatras interviriam em questões emocionais e psicológicas sem o devido preparo teórico-clínico (lembrar a reflexão anterior sobre o risco do *furor curandis* na clínica psiquiátrica) e, por outro lado, a teoria psicanalítica cometeria, sem o devido rigor, equívocos e exageros acerca de temas importantes, reduzindo-os a uma psicogênese ortodoxa e autoritária, que subestima outros fatores mais bem estudados por outros saberes como, por exemplo, as teorias psicanalíticas sobre a homossexualidade (Bulamah, 2020, p. 69-110).

Os depoimentos de ambos os entrevistados permitem compreender o risco que o debate no campo da saúde mental corre ao negligenciar dimensões complexas de seus objetos de observação e intervenção. Trata-se do que nomearemos como “arrogância epistêmica”, que em sua forma extrema, pode chegar à condição de “cegueira epistêmica”, capaz de forcluir da zona de reflexão em saúde mental, aspectos centrais e complexos, cuja compreensão necessite de conhecimentos oriundos de outros campos que não aqueles da formação original do profissional (psiquiatria, psicanálise, psicologia comportamental etc.). Lembremos também das reflexões de Fleck, retomadas por Löwy (1994, p. 10), sobre os limites cognitivos do cérebro para enxergar fenômenos que estejam fora de seu habitual campo de observação. Assim, entendemos que no diálogo entre os diferentes *coletivos de pensamento*, um pode funcionar como interrogante crítico do outro, evitando equívocos, excessos e, em última instância, desvios e iatrogenias prejudiciais, sobretudo, para os pacientes.

Aprofundando ainda mais as complexidades dessas zonas de interface, nas páginas 150-152, apresentamos e discutimos dois relatos que demonstram os desafios de convívio entre psiquiatria e psicanálise em espaços específicos: uma enfermaria psiquiátrica (fragmento 223) e um CAPS (fragmento 224).

Na primeira situação (enfermaria psiquiátrica), o entrevistado ressalta a ambivalência da equipe que, a despeito de demonstrar algum interesse pelos aportes psicanalíticos, é convocada a todo momento a responder pragmaticamente a questões clínicas, éticas e operacionais difíceis e urgentes (manejo clínico do risco que o paciente oferece para si e para



outrem, decisões jurídicas sobre internações involuntárias, sobrecarga dos serviços de saúde mental etc.). O contexto do trabalho torna inequívoca a necessidade de aportes de diferentes saberes (além da psiquiatria e da psicologia, enfermagem, terapia ocupacional etc.). Negar essa realidade e subestimar a complexidade desse trabalho multidisciplinar que, muitas vezes, depende de operacionalizações e objetivações, seria o que nomearemos como “hipocrisia epistêmica”. Sabemos que, em saúde mental, não há fórmulas prontas para as intervenções e seria importante que os diferentes campos pudessem reconhecer seus limites e as possibilidades dos outros campos.

Por outro lado, o mesmo entrevistado aponta o que seria o “reverso da medalha”. Chama a atenção para o risco de que a equipe de saúde mental e, sobretudo, os psiquiatras mal preparados para lidar com as próprias angústias e com os aspectos subjetivos e particulares da doença mental, tornem-se, de maneira defensiva, excessivamente intervencionistas e “cegos” (cegueira epistêmica) aos aportes que a psicanálise tem a oferecer em inúmeras situações.

Por fim, no fragmento 224, a psiquiatra ilustra algo semelhante, vivido por ela, na convivência simultânea entre um CAPS e um curso de psicanálise. O relato corrobora os dados discutidos anteriormente, que demonstram a necessidade de autoconhecimento psíquico de profissionais de saúde mental e a grande contribuição atribuída à psicanálise nesse sentido.

#### *6.4 Limitações do estudo*

O estudo é baseado em metodologia qualitativa, que tem como competência específica “incorporar significados e intencionalidades aos atos, relações e estruturas sociais” (Minayo, 2014, p. 22). Ocupa-se, assim, de fenômenos particulares e não propõe generalizações ou extrapolações para outros contextos. Dessa forma, a presente pesquisa lida com o fenômeno específico da presença da psicanálise no âmbito da psiquiatria contemporânea praticada no IPq do HC/FMUSP, por meio da investigação dos profissionais de saúde mental que se aproximam da psicanálise por meio do curso “A escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico”.

Não foram feitas comparações com a experiência de outros Serviços de Saúde, nem investigadas as circunstâncias, motivações e sentidos da adesão de profissionais de saúde mental a outras orientações teóricas, psicodinâmicas ou não. Portanto, é impossível dizer se as conclusões do estudo, tais como a ênfase na importância dos aspectos subjetivos e dos fenômenos inconscientes na clínica em saúde mental, bem como a importância atribuída ao

contato com a própria subjetividade e o sofrimento psíquico do profissional, estão presentes em profissionais com outros referenciais teórico-clínicos. Estudos futuros poderão esclarecer essas lacunas, produzindo outros conhecimentos sobre a maneira como diferentes profissionais de saúde mental, com referências teórico-clínicas distintas, compreendem e resolvem os desafios da subjetividade, da singularidade e do inconsciente em sua prática.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à originalidade da pesquisa. Sabe-se que a literatura sobre as relações entre psiquiatria e psicanálise é vasta. Inúmeros ângulos de observação são possíveis: estudos históricos, epistemológicos, psicopatológicos, experimentais, quantitativos voltados à avaliação de eficácia, dentre outros, dos mais variados matizes, conforme enfatizado ao longo desta dissertação. Acredita-se que a originalidade do estudo está na análise da narrativa, em primeira pessoa, de profissionais de saúde mental sobre aquilo que os fizeram sustentar a necessidade da interface entre psiquiatria e psicanálise, na esfera da saúde mental contemporânea. Tal narrativa permitiu aprofundar a compreensão de como essa articulação (psiquiatria/psicanálise) ocorre, com seus limites e potencialidades, no âmbito da saúde mental, nos tempos atuais.

## 7. Conclusão

O que compreendemos das motivações dos 47 profissionais entrevistados para a inclusão da psicanálise em seu repertório teórico-clínico, assim como das circunstâncias e dos sentidos de um curso de aprofundamento psicanalítico no âmbito de uma instituição psiquiátrica, ensina e instrumentaliza para um diálogo crítico e construtivo entre diferentes *coletivos e estilos de pensamento* em saúde mental.

É, pois, no reconhecimento, sobretudo, do atravessamento de aspectos subjetivos e dos fenômenos inconscientes inerentes ao humano, nos caminhos da clínica em saúde mental, desafiando internamente as propostas de “super objetivação”, características da racionalidade médica Moderna, que encontramos aquilo que movimenta os 47 profissionais de saúde mental entrevistados, individualmente e enquanto grupo, em direção à psicanálise.

Os resultados obtidos também indicam as maneiras por meio das quais esse reconhecimento se dá. Primeiramente, no contato com a própria subjetividade e o psiquismo. Pudemos mostrar que a convicção desses profissionais de saúde mental sobre a potência da psicanálise está fortemente apoiada em vivências de contato e conhecimento de si, muitas vezes, por meio de experiências contundentes de sofrimento, seguidas do reconhecimento dos efeitos positivos do tratamento psicanalítico na elaboração desses sofrimentos. Podemos depreender disso que a psicanálise é uma práxis complexa, que demanda articulação de aspectos teóricos, clínicos, mas, principalmente, subjetivos do profissional de saúde mental. A inclusão no campo de trabalho desses profissionais de aspectos percebidos em si mesmos, ampliou a escuta do sofrimento do outro para além das generalizações ou objetivações derivadas dos conhecimentos teóricos formais, tornando a prática clínica mais elaborada e complexa.

Outra forma, por meio da qual os entrevistados reconhecem a importância da subjetividade e dos fenômenos inconscientes, é no exercício da atividade clínica, pela contraposição dos aspectos subjetivos, pessoais e singulares implicados no sofrimento psíquico humano às leis gerais e universais propostas por teorias e nosografias em saúde mental, ou pelo reconhecimento do impacto e pregnância dos fenômenos inconscientes no atendimento de pacientes.

A partir da descrição dessas experiências, essencialmente pessoais e clínicas, observamos nos entrevistados o anseio por adquirir ferramentas para abordar a subjetividade e a singularidade, assim como os fenômenos compreendidos como inconscientes, e, assim, enfrentar “super objetivações”, reducionismos e abusos compreendidos como empobrecedores

do campo. Para esse grupo específico, a psicanálise atende a essa demanda e passa a fazer parte dos referenciais teórico-clínicos por eles adotados.

Outro resultado significativo da pesquisa diz respeito à demanda revelada de sustentação de um grupo que não prescindia do diálogo entre a psiquiatria contemporânea, com suas contribuições e recursos próprios, e a psicanálise, com suas contribuições específicas para o campo da saúde mental, no que tange à expertise para abordar a subjetividade e o inconsciente. Dessa forma, foi bastante frequente o discurso em defesa da resistência à exclusão dos referenciais teórico-clínicos psicanalíticos ou de periferização dos referenciais que mantêm a subjetividade no cerne da clínica em saúde mental.

Segundo os entrevistados, a psicanálise é muito facilmente desqualificada como referencial teórico-clínico, no âmbito dos discursos que defendem uma cientificidade positivista e desconsideram a complexidade e densidade de sua proposta teórico-clínica e de seu método. Dessa forma, um dos principais sentidos da presença da psicanálise, no âmbito da psiquiatria contemporânea, é a manutenção de um diálogo crítico com os discursos de ciência que excluem aspectos subjetivos, históricos e socioculturais do seu campo de observação.

Em síntese, a presente pesquisa contribui, do ponto de vista qualitativo, para produção de descrições pormenorizadas de como a experiência psicanalítica foi vivenciada por esse grupo de profissionais de saúde mental, operou transformações reconhecidas como valiosas, sendo posteriormente elaboradas intelectualmente com relação aos “modos de funcionar” da psicanálise, tornando-se, finalmente, decisivas para escolha da psicanálise como referencial teórico-clínico e para criação e sustentação de um grupo psicanalítico no espaço próprio da psiquiatria contemporânea.

As escolhas e as ações desse grupo podem ser compreendidas como antídotos para simplificações teórico-clínicas em saúde mental, principalmente aquelas referentes à exclusão dos aspectos subjetivos e inconscientes do cerne das discussões, e também para adesões discursivas maciças a discursos reducionistas de quaisquer *coletivos de pensamento*. Encerramos com a convicção de que a “cegueira epistêmica” ou a surdez às especificidades de quaisquer saberes em saúde mental, podem levar à iatrogenias clínicas, com incidências negativas sobre os pacientes, e à iatrogenias epistemológicas, com empobrecimento do debate científico e estreitamento das colaborações entre diferentes *coletivos e estilos de pensamento*.

## 8. Referências

- Aguiar, M. P. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. *Mnemosine*. 2015; 11(1): 227-257.
- Aguiar, M. P., Ortega F. J. G. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27(4): 889-910.
- Alarcão, G. G. Na contracorrente? Resistências, adaptações e apropriações: a formação do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - 1962-1965. [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2018.
- Alarcão, G. G.; Mota, A. O discurso de Antônio Carlos Pacheco e Silva sobre a psicanálise: São Paulo, 1926-1979. *Saúde Soc*. 2019; 28(2):272-285.
- Alexander G.A., Selesnick S.T. História da psiquiatria – uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA, 1968.
- Andrade, C. C.; Holanda, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*. 2010; 27(2): 259-268.
- Andreasen, N. C. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*. 2007; 33(01):108-112.
- Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo, Edições 70, 2016.
- Beer, P. Psicanálise e ciência. Um debate necessário. São Paulo: Blucher, 2017.
- Bercherie, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1989.
- Bleuler, E. *Lehrbuch Der Psychiatrie*. Berlin: Julius Springer, Seclste Auflage, 1937.
- Bleuler, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1943/1985.
- Boyce, P. Restoring wisdom to the practice of psychiatry. *Australasian Psychiatry*. 2006, 14(01):03-07.
- Bulamah, L.C. História de uma regra não escrita. A proscrição da homossexualidade masculina no movimento psicanalítico. São Paulo: Zagodoni Editora, 2020.
- Burns, T. *Our necessary shadow – The nature and meaning of psychiatry*. New York: Pegasus Books, 2014.
- Calazans, R.; Lustoza, R.Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2008; 60 (1): 124-131.
- Calazans, R.; Lustoza, R.Z. Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2012; 64 (1): 18-30.
- Campos, J.G.C. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57 (5): 611-614.

- Castellana, G. B. O psiquiatra em conflito: fatos, valores e virtudes no dilema das internações involuntárias. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2019.
- Clemens, N.A. What is medical about psychoanalysis and what is psychoanalytic about medicine? *Journal of Psychiatric Practice* 2014; 20 (4): 291-293.
- Cordioli, A.V. Psicoterapia. Abordagens atuais. São Paulo: Artmed, 2008.
- Dewald P.A. Preserving the “psychosocial” in an era of biological psychiatry. *American Journal of Psychotherapy*. 2000; 54(03):301-304.
- Dimiatridis, Y. The complexity of the dialogue between psychoanalysis, neurosciences, and genetics. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Jan 20; 14: 1084642. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1084642>. Acesso em: 29 set. 2023.
- Dunker, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma. Uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.
- Dunker, C. I. L. Falando Nisso (Canal Youtube – Programas 126, 127, 128, 129, 324, 328, 329, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLIHDVKUxuaFp-Po9a-XAjRQOL6dcDA-IP>.
- Dunker, C. I. L.; Kyrillos Neto, F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. 2011a; 14(4): 6111-626.
- Dunker, C. I. L.; Kyrillos Neto, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. 2011b; *Vínculo* 8(2): 1-15.
- Ellenberger, H.F. The discovery of the unconscious. USA: Basic Books, 1970.
- Eizirik, C.L.; Foresti, G. Psychoanalysis and psychiatry. Partners and competitors in the mental health field. London: Routledge, 2019.
- Ferreira, A.B.H. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3a. Ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2004.
- Fleck, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 1935/2009.
- Flick, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3a. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Fonagy, P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*. 2015; 14 (2): 137-150.
- Foucault, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 2009.
- Freud, S. Acerca de uma visão de mundo. Obras Completas, Vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 1933/2010.
- Freud, S. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial. Obras Completas, Vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 1926/2014.

- Freud, S. Contribuição à história do movimento psicanalítico. Obras Completas, Vol. 11. São Paulo: Companhia das Letras, 1914/2012.
- Freud, S. Deve-se ensinar a psicanálise nas universidades? Obras Completas, Vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 1919/2010.
- Freud, S. Estudos sobre a histeria. Obras Completas, Vol. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1893-1895/2016.
- Freud, S. Luto e melancolia. Obras Completas, Vol. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 1915/2009.
- Freud, S. Psicanálise e psiquiatria. Obras Completas, Vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 1917/2014.
- Freud, S. Psicanálise e Teoria da libido. Obras Completas, Vol. 15. São Paulo: Companhia das Letras, 1923/2011.
- Freud, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. Obras Completas, Vol. 3. São Paulo: Companhia das Letras, 1893/2023.
- Gabbard, G.O. Preserving the person in contemporary psychiatry. *Psychiatr Clin N Am.* 2018; 41: 183-191.
- Gay, P. Freud. Uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.
- Gomes, D.; Da Ros, M.A. A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008; 13(3): 1081-1090.
- Guedes, C.R., Nogueira, M.I., Camargo Jr, K.R. Subjectivity as anomaly: epistemological contributions for a criticism of the biological model. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(4): 1093-1103.
- Herrmann, F. Introdução à Teoria dos Campos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Iannini, G. Epistemologia da pulsão: fantasia, ciência e mito. In: *A pulsão e seus destinos.* Belo Horizonte, Autêntica, 2017.
- Iannini, G. Psicanálise, ciência êxtima. *Epistemo-Somática.* 2007; 4(1): 69-79.
- Japiassu, H. Psicanálise. Ciência ou contraciência? Rio de Janeiro: Imago, 1998.
- Johnson, B.; Mosri, D. The neuropsychanalytic approach: using neuroscience as the basic science of psychoanalysis. *Frontiers in psychology.* 2016; 07, 1-12.
- Jones, E. A vida e a obra de Sigmund Freud – Volume 2. Rio de Janeiro: Imago, 1989a.
- Jones, E. A vida e a obra de Sigmund Freud – Volume 3. Rio de Janeiro: Imago, 1989b.
- Kandel E. R. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry.* 1999; 156(4): 505-524.
- Kernberg, O. F. Psychoanalytic contributions to psychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002; 59: 497-498.
- Kuhn, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1970/2013.

- Laplanche, J.; Pontalis, B. Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- Leichsenring, F.; Ranbong, S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300 (13): 1551-1565.
- Leichsenring, F. et al. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2(7): 648-660.
- Leichsenring, F. et al. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*. 2023; 22(2): 286-304.
- Leite, P.C.B. S. Uma flor nasceu na rua! A psicanálise que continua a brotar por aí. São Paulo: Blucher, 2021.
- Leite, R.L. Do alto de um sobrado, como falar de um camafeu? Reflexões sobre a psicanálise no mundo a partir do caso da psiquiatria. Trabalho apresentado em Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo. Outubro, 2022.
- Leite, R. L. et al. Psicopatologia e psicanálise. In: Castellana, G.B. et al. Psicopatologia clínica e entrevista psiquiátrica. São Paulo: Manole Editora. 2023: 152-161.
- Leite Netto, O.F. A psicoterapia na instituição psiquiátrica. São Paulo: Ágora, 1999.
- Leite Netto, O.F.; Lotufo Netto, F. Considerações sobre uma experiência peculiar: Psicoterapia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2012; 14 (2): 52-59.
- Lieberman J. A. Psiquiatria - uma história não contada. São Paulo: Martins Fontes, 2019.
- Löwy, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *História, ciências e saúde – Manguinhos*, 1994; I(1):7-18.
- Mantilla, M. J. Psychoanalysis and neurosciences: fuzzy outlines? Notes on the notion of cerebral plasticity. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*. 2017; 24(1): 143-155.
- Martins, E. S. T. et al. A sala de ensaios. Humor e tesão na formação psicanalítica. *Jornal de psicanálise*. 2022; 55(103): 73-89.
- Mezan, R. O tronco e os ramos. Estudos de história da psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- Micale, M. S.; Porter, R. Discovering the history of psychiatry. New York: Oxford University Press, 1994.
- Minayo, M.C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-626.
- Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 14ª edição, 2014.
- Moretto, M. L. A presença do pensamento freudiano no campo da saúde. In: Kupermann, D. Por que Freud hoje? São Paulo: Zagodoni. V.1, 2019, p. 191-213.



- Moretto, M. L. O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 2006.
- Nascimento, L.C.N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71 (1): 243-248.
- Oliveira, C.L.M.V. História da psicanálise. São Paulo (1920-1969). São Paulo: Escuta, 2006.
- Pearse, E. et al. The relationship between attachment and functioning for people with serious mental illness: a systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2020; 74(8):545-557.
- Pereira, M.E.C. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 24 (4): 1035-1052.
- Pereira, M.E.C. Projeto de uma psicopatologia do sujeito (I): redefinição do conceito de psicopatologia à luz da questão do sujeito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2019; 22 (4): 828-858.
- Pereira, M.E.C. A psicopatologia sob a perspectiva do sujeito singular. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2021; 24 (3): 501-508.
- Plakun, E. Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts psychiatry needs from psychoanalysis. *Psychodynamic Psychiatry*. 2012; 40(2): 183-210.
- Pompilli, M., Mancinelli, I., Tatarelli, R. Training in psychodynamic psychotherapy (Letter to the editor). *American Psychiatric Association Publishing*. 2002; 159 (12): 2115.
- Ravitz, P. Contemporary psychiatry, psychoanalysis, and psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017; 62 (5): 304-307.
- Roudinesco, E. História da psicanálise na França. A batalha dos cem anos. Volume I: 1885-1939. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- Roudinesco, E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- Roudinesco, E.; Plon, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Russo, J.; Venancio, A.T.A. Classifying people and their disorders: the terminological revolution of the DSM-III. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; IX (3):460-483.
- Santos, F.M.S.; Jacó-Vilela, A.M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Revista Paidéia*. 2009; 19 (43): 189-197.
- Schraiber, L. B. Medicina liberal e incorporação de tecnologia: as transformações históricas na autonomia profissional dos médicos em São Paulo. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 1989.
- Shorter, E. A history of psychiatry. USA: John Wiley & Sons, Inc., 1997.
- Solms, M. What is “the unconscious”, and where is it located in the brain? A neuropsychanalytic perspective. *Ann N Y Acad Sci*. 2017; 1406(1): 90-97.

Soratto, J. et al. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: potentialities for researchs in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020 Apr 22; 73 (3): e20190250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>. Acesso em: 29 set. 2023.

Stanghellini, G., Broome, M.R. Psychopathology as the basic science of psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 205: 169-170.

Steinert, C. Munder, T. Rabung, S, et al. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatment? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry*. 2017; 174(10): 943-53.

Szajnbok, M. A psicanálise e o futuro da psiquiatria. *Jornal de psicanálise*. 2013; 46(85):89-98.

Szajnbok, M. Supervisão psicanalítica numa instituição psiquiátrica. In: Leite Netto, O.F. et al. *A psicoterapia na instituição psiquiátrica*. São Paulo: Ágora, 1999, p. 73-78.

Taquette, S.R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *Investigação qualitativa em saúde*. Vol. 2. 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 2016.

Taquette, S.R.; Villela, W.V. Pesquisa qualitativa em medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22 (1).

Tesser, C.D. Contributions of Kuhn's and Fleck's epistemology to the reform of medical teaching. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(1): 98-104.

Verhoeff, B. Stabilizing autism: a Fleckian account of the rise of a neurodevelopmental spectrum disorder. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci*. 2014; 46: 65-78.

Yakeley, J. Psychoanalysis in modern mental health. *Lancet Psychiatry*. March 21, 2018. Disponível em: <http://www.thelancet.com/psychiatry>

Yakeley, J. et al. Psychiatry, subjectivity and emotion – deepening the medical model. *Psychiatric Bulletin*. 2014; 38: 97-101.

Zaretsky, E. *Segredos da alma. Uma história sociocultural da psicanálise*. São Paulo: Cultrix, 2004.

Zoppe, E.H.C.C. *Ensinando psicodinâmica para residentes de psiquiatria*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina, 2007.

**Anexos**

## Anexo 1

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**DADOS DA PESQUISA**

**TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP.

**PESQUISADOR PRINCIPAL:** Prof. Dr. Geraldo Busatto Filho

**CARGO/FUNÇÃO:** Professor Titular do Departamento de Psiquiatria / Psiquiatra

**DEPARTAMENTO/INSTITUTO:** Departamento e Instituto de Psiquiatria – IPq/HCFMUSP

---

**1 – Apresentação:**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que pretende compreender o interesse pela teoria e prática da psicanálise no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria da FMUSP em dois âmbitos: dos alunos do curso teórico-clínico “a escuta da subjetividade do paciente psiquiátrico: exercício psicanalítico” e dos fundadores e coordenadores do curso ao longo dos anos.

A pesquisa pretende produzir dados empíricos que permitam interpretar o sentido do investimento teórico clínico na psicanálise no contexto de um hospital psiquiátrico, e relacioná-los com a história das tensões, aproximações e rupturas dentro do “campo psi” (especificamente na relação psiquiatria e psicanálise).

**2 – Justificativa e objetivos do estudo:**

A análise das motivações para busca da psicanálise no âmbito do Instituto de Psiquiatria da FMUSP contribuirá com informações preliminares sobre três pontos principais. Do ponto de vista teórico-clínico, a pesquisa poderá identificar quais experiências são primordiais na escolha da psicanálise como referencial de estudo e trabalho, e para decisão de sua aplicação no contexto da psiquiatria. A eventual identificação de fenômenos clínicos complexos e relevantes, percebidos pelos profissionais como melhor observados a partir de aporte psicanalítico, e que possam estar sendo negligenciados no contexto da clínica psiquiátrica oficial poderá favorecer o desenvolvimento de estudos maiores, relacionados à interface da psiquiatria com a psicanálise. A negligência de tais fenômenos pode ser responsável pelo empobrecimento do arsenal teórico e terapêutico da clínica

<p><b>Nome resumido do projeto</b> Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP</p>	<b>Confidencial</b>	
<p><b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> versão: 1.0 de 14/07/2020</p>		
<p><b>Nome do Pesquisador:</b> Prof. Dr. Geraldo Busatto</p>	<p>Rubrica do participante/ representante legal</p>	<p>Rubrica do Investigador Responsável</p>
<p><b>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP</b></p>		

## **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

psiquiátrica e das psicoterapias. Do ponto de vista pedagógico e formativo, os resultados do estudo poderão contribuir para o planejamento e desenvolvimento de atividades de ensino e formação de psiquiatras e psicoterapeutas, como por exemplo, elaboração de currículos mais adequados às necessidades formativas em saúde mental e desenvolvimento de parâmetros de seleção de profissionais (residentes, aprimorandos, etc). Do ponto de vista específico da psicanálise, trará dados iniciais sobre o papel do espaço aberto no IPq- FMUSP para a experiência teórico-clínica da psicanálise na cidade de São Paulo.

### **3 – Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados:**

A participação na pesquisa será através da concessão de uma entrevista de aproximadamente 1 a 2 horas, a ser conduzida pelo próprio pesquisador, em ambiente reservado no Instituto de Psiquiatria – FMUSP, ou em outro ambiente solicitado previamente pelo entrevistado. As entrevistas serão gravadas e, se necessário, será solicitada uma segunda entrevista, de caráter complementar. Além disso, o participante deverá preencher um questionário padronizado, com dados gerais sobre biografia, formação e experiência teórico-clínica prévias, influências teóricas e premissas acerca da psicanálise e da psiquiatria.

### **4 – Possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa:**

A modalidade das entrevistas a serem realizadas e o preenchimento do questionário não estão associados a nenhum tipo de desconforto físico ou emocional. Ainda assim, ambos os procedimentos poderão ser interrompidos a qualquer momento, caso o participante sinta desconfortos de qualquer natureza, retomando sua participação em outra ocasião, a depender da disponibilidade do mesmo.

### **5 – Benefícios para o participante:**

Potenciais benefícios da participação incluem acesso às referências bibliográficas que embasam a pesquisa em curso, abordando as relações de tensões, aproximações e distanciamentos entre os campos pesquisados (psiquiatria e psicanálise), ampliando assim o conhecimento sobre as disciplinas centrais do campo formativo ou profissional do entrevistado, e da relação entre elas. A modalidade de entrevista utilizada comporta uma interação entre entrevistador e entrevistado que permite a troca de informações e ampliação do repertório de conhecimento de ambos.

Nome resumido do projeto Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP	<b>Confidencial</b>	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão: 1.0 de 14/07/2020		
Nome do Pesquisador: Prof. Dr. Geraldo Busatto		
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Rubrica do participante/ representante legal	Rubrica do Investigador Responsável



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

**6 – Garantias:**

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Geraldo Busatto Filho, que pode ser encontrado no endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, s/n, HCFMUSP, São Paulo – SP. Telefone 2661-8132. E-mail: [geraldobusatto@gmail.com](mailto:geraldobusatto@gmail.com). Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549 das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: [cappesq.adm@hc.fm.usp.br](mailto:cappesq.adm@hc.fm.usp.br). O(A) senhor(a) ficará com uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e uma outra via será arquivada pelo pesquisador Dr. Geraldo Busatto Filho (CRM/SP:60.661), abaixo assinado. Além das informações acima, seguem-se seus direitos abaixo relacionados, caso concorde em participar da pesquisa:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa de que participará antes e durante toda a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuidade de suas atividades no Instituto de Psiquiatria;
3. A segurança de que você não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade. As informações retiradas das entrevistas ou do questionário serão apresentadas em futuras publicações sem a identificação do entrevistado, garantindo a privacidade e o sigilo;
4. Você receberá uma via e não uma cópia apenas desse documento, assinado e rubricado em todas as suas páginas pelo pesquisador.

**7 – Declaração:**

Tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, fui suficientemente informado a respeito do estudo “Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP”. Eu discuti com o Pesquisador Responsável (Prof. Dr. Geraldo Busatto Filho) ou pessoa (s) por ele delegada (s) (.....) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Nome resumido do projeto Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP	<b>Confidencial</b>	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão: 1.0 de 14/07/2020		
Nome do Pesquisador: Prof. Dr. Geraldo Busatto		
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP	Rubrica do participante/ representante legal	Rubrica do Investigador Responsável

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

\_\_\_\_\_ Data / /  
Assinatura do entrevistado

(SOMENTE PARA O RESPONSÁVEL DO PROJETO): Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_ Data / /  
Assinatura do responsável pelo estudo  
Rodrigo Lage Leite ( [rodrigolage@usp.br](mailto:rodrigolage@usp.br) )

<p><b>Nome resumido do projeto Avaliação do atual interesse pela teoria e clínica psicanalíticas no Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP</b></p>	<b>Confidencial</b>	
<p><b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão: 1.0 de 14/07/2020</b></p>		
<p><b>Nome do Pesquisador: Prof. Dr. Geraldo Busatto</b></p>		
<p><b>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP</b></p>	<p>_____ Rubrica do participante/ representante legal</p>	<p>_____ Rubrica do Investigador Responsável</p>

## Anexo 2

**QUESTIONÁRIO FECHADO MESTRADO****Parte I – Dados gerais**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F ( ) Outro

Situação no curso: ( ) Aluno ( ) Supervisor

Ano de ingresso no curso: \_\_\_\_\_

Anos em que frequentou o curso: \_\_\_\_\_

**Parte II – Formação prévia**

Graduação: Medicina ( ) Psicologia ( ) Outras ( ) \_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

**Pós-graduação**

Especialização ( ) Residência médica ( ) Aprimoramento em psicologia ( ) Outras

( ) Em andamento ( ) Concluído / Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Mestrado ( ) Em andamento ( ) Concluído / Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Doutorado ( ) Em andamento ( ) Concluído / Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Formação em psicoterapia ( ) Em andamento ( ) Concluído / Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

**Tipo:**

( ) Psicanálise ( ) Psicologia analítica Junguiana ( ) Psicodrama ( ) Psicoterapia

cognitivo-comportamental ( ) Outra \_\_\_\_\_

Em caso de mais de uma formação prévia, especificar para cada uma delas o ano de conclusão, ou se está em andamento:

( ) Formações anteriores: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento ( ) Concluído/Ano: \_\_\_\_\_

( ) Formações anteriores: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento ( ) Concluído/Ano: \_\_\_\_\_

Formação em psicanálise ( ) Em andamento ( ) Concluído / Ano de conclusão: \_\_\_\_\_



Instituição da formação: ( ) SBPSP ( ) Sedes ( ) CEP ( ) Instituições lacanianas

Outras ( ) \_\_\_\_\_

Em caso de mais de uma formação prévia, especificar para cada uma delas o ano de conclusão, ou se está em andamento:

( ) Formações anteriores: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento ( ) Concluído/Ano: \_\_\_\_\_

( ) Formações anteriores: \_\_\_\_\_ ( ) Em andamento ( ) Concluído/Ano: \_\_\_\_\_

**Parte III – Experiência teórico-clínica anterior ao curso**

**(Supervisores pular para questão III.b)**

**III.a) O curso foi sua primeira experiência em atendimento clínico em psicanálise?**

( ) Sim ( ) Não

Se não, há quanto tempo praticava a clínica psicanalítica?

( ) Menos de 6 m ( ) Entre 6 m e 2 a ( ) Entre 2 e 5 a ( ) Mais de 5 a

Se não, quantos pacientes, aproximadamente, já havia atendido no momento de ingresso no curso?

( ) 1 paciente ( ) 2 a 4 pacientes ( ) 5 a 10 pacientes ( ) Mais de 10 pacientes

Se não, sua experiência clínica prévia em atendimento psicanalítico foi:

( ) exclusivamente em instituições formativas (faculdades ou institutos de formação)

( ) prioritariamente em institutos formativos e, em menor escala, em clínica particular

( ) prioritariamente em clínica particular e, em menor escala, em institutos formativos

( ) exclusivamente em clínica particular

**III.b) Supervisão – Fez ou faz supervisão de seus atendimentos clínico?**

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual tipo de supervisão fez ou faz?

( ) individual ( ) em grupo ( ) individual e em grupo

Se sim, onde fez ou faz supervisão?

( ) Faculdade ( ) Centros de formação em psicanálise ( ) Consultório do supervisor ( )

outros ( ) No Curso (IPq)

*III.c) Análise ou psicoterapia – Fez ou faz psicoterapia*

Sim  Não

*Se sim, qual a linha teórica da última psicoterapia realizada?* \_\_\_\_\_

*Se sim, qual a duração da última psicoterapia realizada?* \_\_\_\_\_

*Se teve mais de uma experiência prévia de psicoterapia, quais as linhas teóricas e duração de cada uma delas?* \_\_\_\_\_

*III.d) Estudos teóricos sobre teoria psicanalítica – Em que momento de sua formação, você iniciou estudos teóricos sistemáticos sobre psicanálise?*

Graduação

Pós-graduação (Inclui residência médica)

Em cursos livres ou de aprofundamento ao longo da graduação ou pós-graduação.

Em cursos livres ou de aprofundamento após graduação ou pós-graduação.

Em institutos de formação psicanalítica ao longo da graduação ou pós-graduação.

Em institutos de formação psicanalítica após a graduação ou pós-graduação.

Neste curso

Ainda não comecei

*Considera que seus estudos teóricos de psicanálise se iniciaram antes ou depois da experiência de atendimento clínico no “campo psi”?*

Antes

Um pouco depois

Muito depois

Não sei dizer precisamente

*Quando?* \_\_\_\_\_