



Dossiê Psicanálise em tempos difíceis: a clínica como objeto de resistência ao sofrimento e à dor

Psicanálise e evidências: perspectivas crítica e histórica

Psychoanalysis and evidence: critical and historical perspectives

 Richard Harrison Oliveira Couto

 Marco Correa Leite

Resumo: Neste artigo, discutimos a respeito das práticas baseadas em evidências no campo da saúde mental resgatando suas origens, agentes financiadores e políticas de implementação, bem como os efeitos deletérios que esta política produziu no campo da saúde mental. Embora a psicanálise e as psicoterapias dela baseadas tenham evidências como apontam muitas pesquisas clínicas, estas geralmente não são divulgadas e, quando aparecem nas mídias ou revistas de alto impacto, as críticas tendem a apontar falhas que, na maioria das vezes, não são diferentes das falhas encontradas em pesquisas com relação a práticas com evidências de eficácia, efetividade e eficiência já aceitas. Encontramos em nossa pesquisa que, dentro do campo da prática baseada em evidências, mais especificamente em saúde mental, há fortes indícios de uma política que tenta implementar a todo custo, por vezes de forma antiética, uma visão extremamente pobre tanto epistemologicamente quanto com relação à prática, priorizando determinados tratamentos que, como foi possível verificar, não são superiores a outras práticas ou, em alguns casos, nem mesmo ao efeito placebo. Por último, discutimos sobre o método da psicanálise e as razões pelas quais ela pode funcionar quando outros tratamentos costumam fracassar uma vez que desconsideram a possibilidade do inconsciente, tal qual descoberto e sustentado pela teoria e clínica psicanalíticas.

Palavras-chaves: psicanálise; saúde mental; prática baseada em evidências.

Abstract

In this paper, we discuss evidence-based practices in the field of mental health, tracing their origins, funding agents, and implementation policies, as well as the problematic effects that this policy has produced in mental health practice. Although psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy have evidence, as indicated by many clinical studies, been included in some Guidelines, like NICE Guideline, these are generally not publicized and, when they appear in the media or high-impact journals, criticism tends to point out flaws that, in most cases, are no different from the flaws found in research regarding practices with already accepted evidence of efficacy, effectiveness, and efficiency. Conclusion: in the evidence-based practice in mental health, there are strong evidence of

a policy that tries to implement at all costs, sometimes unethically, an extremely poor vision both epistemologically and in relation to practice, prioritizing certain treatments that, as we were able to verify, are not superior to other practices or, in some cases, not even to the placebo effect. Finally, we discuss the method of psychoanalysis and the reasons why it can work when other treatments often fail because they disregard the possibility of the unconscious, as discovered and supported by psychoanalytic theory and clinic.

Keywords: psychoanalysis; evidence-based practice; mental health.

1. Psicanálise e a prática baseada em evidência: contexto histórico

Nos dias de hoje, muito tem se falado a respeito da importância de que uma prática no campo da saúde deva ter evidências empíricas de eficácia. Na área da saúde isso se tornou um tanto quanto complexo, visto que, as políticas públicas de saúde, planos particulares, instituições e organizações em todo o globo, procuram dados empíricos e estatísticos para aprovar ou refutar um determinado tratamento. Em meus anos como psicanalista clínico, docente de cursos de graduação e pós-graduação e também quando era aluno do curso de psicologia entre 2005 e 2011, pude ter uma ideia da desinformação que circula dentro das universidades e de como isso tem um aspecto devastador no campo de trabalho. Seja pela formação dos alunos que acabam por desprezar conhecimentos consolidados pelas práticas que há muitos anos vem se mostrando efetiva em nome de uma “novidade” ou uma “atualidade” de determinadas teorias e práticas, seja pela oferta destas práticas como superiores a outras, sem levar em consideração que muitas vezes objetivo, método, e resultados se apresentam diferentes, ou, como veremos no primeiro capítulo deste trabalho, seja pela tentativa de inserção de uma prática em detrimento de outras a partir de diversos lobbies, entre eles, políticos, financeiros e, o que nos parece ainda pior, um *lobby* que parte de uma pressuposição falsa do que é ciência e de como deveria ser as práticas em saúde mental em nosso país.

Em se tratando de serviços públicos ou particulares, por todo o mundo existem instituições que orientam, pesquisam, reconhecem ou refutam determinadas práticas como tratamentos possíveis de serem ofertados em seus países. Em geral, cada país tem o seu órgão/agência/sistema que irá regular, acolher, disponibilizar os tratamentos ou barrar sua inserção no mercado de saúde daquele determinado país.

Assim como o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, existe o *National Health Service* (NHS) no Reino Unido, o *Canada's health care system* (Medicare) no Canadá e o *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (Inserm) na França. Essas instituições, a título de exemplo, dependem de dados empíricos para reconhecerem, recomendarem e darem suporte às modalidades de tratamento ofertadas em seus países. Também são responsáveis por direcionar os tratamentos por meio das pesquisas que elas mesmas organizam e, por vezes, financiam.

No Reino Unido, pesquisadores e profissionais da área da saúde criaram o *NICE Guideline* onde o *National Institute for Health and Healthcare Excellence* se utiliza de uma série de protocolos para orientar os profissionais de saúde do país a respeito de quais são as práticas suportadas pelo governo e como aplicá-las de acordo com a patologia apresentada. O NHS se utiliza de tais dados para dar suporte e apoio aos tratamentos oferecidos para a população. Um dos principais elementos

analisados pelo NICE para que uma prática seja recomendada no *Guideline* é a comprovação empírica de eficácia de determinado tratamento. O *Guideline* acolhe e analisa quando há evidências empíricas a respeito do tratamento ofertado e/ou demandado. Além dessas evidências, para que uma prática seja acolhida pelo NICE, faz-se necessário um estudo de viabilidade financeira para que o tratamento seja ofertado. Para dar um exemplo, o tratamento para depressão segundo o NICE, de primeira escolha, seria o cognitivo comportamental e o uso de medicação psicotrópica. No entanto, dentre os tratamentos possíveis, com algumas ressalvas, o documento aponta a psicoterapia breve psicodinâmica que teria, segundo o documento publicado em 2022, evidências de eficácia. Como veremos mais à frente no texto, o documento produzido não corresponde à realidade das evidências empíricas encontradas em pesquisas sobre o tema desde meados de 2010 e, o que é muito interessante, no país que abrigou Freud, tanto fisicamente quanto intelectualmente, a Psicanálise¹ não aparece como tratamento dentro do *Guideline* (National Institute for Health and Care Excellence, 2020).

Nos serviços de saúde mental do Canadá, que em muito se parece com o Sistema Único de Saúde do Brasil, há uma política de que o tratamento seja acessível e universal. Segundo Moroz, Moroz e Slovinec (2020), tal qual no NHS, além da verificabilidade de que um tratamento seja eficaz, devem ser realizados estudos de custo-benefício para que o tratamento seja incluído no *Medicare*. Dentre as práticas não incorporadas no *Medicare*, está a Psicanálise. Segundo o documento *Canada Health Act Annual Report 2022-2023* (Canadá, 2024) não está como tratamento coberto pelo sistema de saúde do país, no entanto, uma brecha no documento afirma que a Psicanálise pode ser aplicada em instituições que tenham um vínculo com o *Medicare* e aprovados pelo *Minister of Health and Social Services* do Canadá.

Faz-se necessário saber que o sistema de saúde do Canadá funciona de maneira dividida entre as treze províncias do país. No entanto, todas essas províncias formam o *Medicare* e dependem dele para dispensar adequadamente os tratamentos que a população necessita.

Curiosamente, no Canadá, muitos estudos estão sendo realizados a respeito da eficácia do tratamento psicanalítico para vários transtornos mentais. Esses estudos amparam a condição de que a Psicanálise, ou ainda, os tratamentos psicodinâmicos em geral, tem evidências suficientes de eficácia, efetividade e eficiência para uma série de transtornos mentais.

A França, país que sabidamente tem uma grande tradição psicanalítica, não apenas pela vida e obra de Jacques Lacan, mas também por Daniel Lagache que, além de médico e psicanalista, foi

¹ Neste trabalho usaremos o termo Psicanálise sempre em maiúsculo, considerando-se ser este campo do saber o objeto de estudo da pesquisa.

nomeado responsável pela formação dos primeiros psicólogos no país após a ocupação da Segunda Guerra Mundial; atualmente há uma tensão explícita entre entidades que promovem os tratamentos baseados em evidências e a tradição psicanalítica. O embate maior se deu por volta dos anos 2000 quando, segundo Saure, Askofaré e Macary-Garipuy (2016), o conselho de saúde pública francês foi bombardeado por críticas à Psicanálise e aos analistas. A maior parte dessas críticas diziam respeito à Psicanálise não ter evidências de eficácia e, também, partindo do crescimento de um modelo biopsicossocial para diferentes psicopatologias, o legado e a tradição psicanalítica na medicina, na psiquiatria, na educação e na psicologia começou a ruir.

Partindo de uma proposta global, seguindo a política de outros países, o *General Direction of Health* (DGS, na França), a União Nacional de Amigos e Familiares Mentais III (UNAFAM), a Federação Nacional Psiquiátrica de Pacientes e Ex-Pacientes Psiquiátricos (Fnap-psy) foram encarregados de elaborarem um relatório comparando os tratamentos e a eficácia de tais tratamentos no campo da saúde mental. Esse relatório ficou mundialmente famoso com o nome de *Inserm Report*. Os objetivos, as pesquisas, o modelo empregado neste relatório seguiu em conformidade com o NICE no Reino Unido e o Medicare no Canadá, a ideia principal era oferecer tratamentos empiricamente validados na França e, principalmente, que a “ciência” decidisse quais iriam beneficiar mais a população e, aí está o problema com a Psicanálise, que deveriam ser proibidos.

Em nosso país, a Psicanálise tem uma boa inserção dentro das universidades e, talvez até, apresente mais potência na cultura do que nos departamentos de psicologia, medicina e educação. Esses departamentos citados foram responsáveis pela inserção, manutenção e crescimento da Psicanálise no Brasil, mas, atualmente, vemos um declínio acentuado das formações teóricas que eram dispensadas nas universidades em troca de uma formação mais condizente com uma política das práticas baseadas em evidências.

Rigorosamente falando, no Brasil, as ideias de Freud apareceram primeiro com o médico psiquiatra Dr. Juliano Moreira que, já em 1899, apresentou um trabalho que citava e compactuava com as ideias de Freud. Um pouco depois, Durval Marcondes, Francisco Franco da Rocha e muitos outros acabaram se dedicando ao estudo, à prática e à implementação do método psicanalítico como tratamento no campo da saúde mental.

Francisco Franco da Rocha e Durval Marcondes foram fundadores, presidente e vice-presidente, respectivamente, da Sociedade Psicanalítica de São Paulo que seria reconhecida pela *International Psychoanalytical Association* (IPA) em 1951. Tal marco é de suma importância, pois ambos eram médicos docentes em respeitadas universidades do Brasil, assim como seus precursores

Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, entre outros que já haviam exercido grande influência no pensamento médico psiquiátrico em terras brasileiras.

Enquanto a Psicanálise avançava no Brasil e no mundo inteiro de uma forma geral, outras ideias a respeito do tratamento em todo o mundo iam ganhando força. Particularmente, no momento em que a Psicanálise no Brasil é reconhecida pela IPA, também foi criado o DSM (1952) que, segundo Dunker (2014), teve até sua terceira edição lançada em meados da década de 70 (DSM-III), sendo considerado um casamento interessante entre a Psicanálise e a psiquiatria. Embora já na terceira versão, a relação com a Psicanálise estivesse abalada, como veremos mais à frente algumas das razões para isso, foi apenas em sua quarta versão, vinte anos após a publicação do DSM-III, que esse casamento chegou ao fim.

Na publicação do DSM-IV, lançado na década de 1990, a proposta era de que o manual fosse a-teórico, seguindo a teoria em voga dos tratamentos baseados em evidências. As psicopatologias passaram a ser compreendidas por um viés biologizante. Essa perspectiva configurava uma escolha teórica e política e se apresentava em acordo com a proposta da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que, na década de 90, começa a compreender os transtornos mentais por um viés marcadamente funcional e orgânico. Não apenas os transtornos mentais, mas a criação dos *guidelines* pela APA seguia agora em parceria com a indústria farmacêutica e com a política recém formalizada da medicina baseada em evidências.

Em boa parte do mundo, a saúde mental se tornou a bola da vez. Curiosamente isso ocorreu nos anos em que se iniciou a venda do Prozac (1988) e deu-se o princípio de uma revolução na disponibilização e venda de medicamentos psicotrópicos. Alinhados com a vanguarda da política biologizante, muitos modelos de tratamento começaram a ganhar espaço, entre eles a Psicoterapia Cognitivo Comportamental que, em seu bojo, já nasce em um tempo e um meio em que a Medicina Baseada em Evidências estava se desenvolvendo. A rigor, a ideia de *Evidence Based Medicine* surge em meados dos anos 90 como o coração do programa de residência em medicina coordenado pelo Dr. Gordon Guyatt na Universidade de McMaster. No entanto, segundo Sur e Dahm (2011), desde 1969 havia um projeto de pesquisa que tentava articular a teoria médica com a prática clínica e, também, responder a um déficit que havia na medicina de que não existia um treinamento baseado em evidências científicas para que os médicos pudessem exercer a prática clínica.

De acordo com Faria, Oliveira-Lima e Almeida Filho (2021), uma das razões da medicina baseada em evidências ganhar corpo em todo o mundo a partir da década de 90 foi o financiamento contundente por parte da Fundação Rockefeller e da *Cochrane Collaboration*. Curiosamente ambas

as fundações estão articuladas com a indústria farmacêutica. A *Rockefeller Foundation* chegou ao Brasil em 1916 e, em 1923, auxiliou o governo brasileiro com financiamentos para pesquisas e cooperação médico-sanitária no combate à febre amarela e à malária. Notoriamente esta fundação tem em seu bojo o financiamento de projetos de pesquisas também no campo da saúde mental.

Historicamente falando, desde meados de 1920, a *Rockefeller Foundation* investiu pesadamente na promoção de pesquisas na área da saúde com o intuito de propagação dos ideais norte-americanos do que seria uma espécie de ideal sociocultural que culminaria com uma colagem com a proposta de eugenia desenvolvida por Francis Galton. Para Oakes (2014) a Fundação Rockefeller, na década de 20, procurou financiar pesquisas na área da saúde, em especial da eugenia, na expectativa de estimular os progressos, os métodos e aumentar a eficiência dos programas de eugenia em massa, tanto dentro quanto fora dos Estados Unidos. Lembramos que, segundo Oakes (2014), a eugenia era considerada uma ciência válida nesta época, tendo não apenas os americanos, mas também outros povos como apoiadores desta causa, como por exemplo Brasil, Inglaterra, Suíça, conforme pesquisa de Souza (2016). Na medida em que a Fundação Rockefeller cresce a partir do investimento privado, em pesquisas, geração de patentes e na produção de medicamentos, ela torna-se extremamente influente dentro dos países em que se instala como financiadora e patrocinadora de programas que estão relacionados com seus ideais que, na época, não eram diferentes dos ideais nazistas de engenharia humana.

Um dos principais programas que conseguimos rastrear e que foi massivamente financiado pela Fundação Rockefeller, foi o programa Aktion T4. Este programa foi um projeto de eugenia e eutanásia desenvolvido na Alemanha nazista em que milhares de pessoas foram mortas por terem uma “vida indigna de serem vividas”. Os pacientes eram em sua grande maioria exterminados por portarem qualquer tipo de doença que os médicos considerassem incuráveis, em especial os doentes mentais e os bebês até três anos que tivessem traços de idiotia ou síndrome de Down. Um detalhe importante é que em determinado período do projeto, bebês recém-nascidos além de serem sacrificados tinham seus corpos violados para pesquisas no campo da medicina.

De acordo com Azevedo e Koehler (2021) o programa Aktion T4 foi o precursor do “Solução Final” onde o regime nazista exterminou milhões de judeus, pessoas consideradas doentes e incapazes, negros, homossexuais, entre outros. Neste programa, médicos, em sua grande maioria alinhados com o regime nazista dentro da Alemanha, tinham como função procurar uma solução barata e eficaz para o controle populacional, em especial dos não desejados a partir de certa visão política hegemônica alinhada com o nazismo. A relação histórica que podemos fazer entre este

programa e futuramente, como veremos a seguir, o programa MKULTRA desenvolvido nos EUA, chega a ser até, de certa forma simples. A gestão dos corpos para a minimização dos custos e, por consequência, a maximização dos lucros.

Em 1953 a fundação financiou uma pesquisa denominada de MKULTRA em parceria com a *Central Intelligence Agency* (CIA) dos Estados Unidos. Este programa tinha como base realizar pesquisas no campo da psiquiatria tendo humanos como cobaias. Não entraremos em detalhes aqui, mas, basicamente, uma das propostas do MKULTRA era alcançar um controle mental sobre os indivíduos submetidos à tortura e à experimentos com drogas psicotrópicas. A mesma fundação também financiou, de forma proeminente, o programa Aktion T4 que exterminava pessoas consideradas incuravelmente doentes.

Curiosamente, embora sejam tempos distintos, essa mesma fundação foi a responsável, na década de 90, pela implementação da medicina baseada em evidências em grandes centros universitários e em agências governamentais. De acordo com Faria, Oliveira-Lima e Almeida Filho (2021, s./p.):

[...] a partir dos anos 1990, a MBE logo alcançou abrangência mundial, em especial com a Rede Internacional de Epidemiologia Clínica (Inclen), apoiada por investimentos consistentes e massivos da Fundação Rockefeller (White, 1991), e com a Cochrane Collaboration, movimento internacional fundado por Iain Chalmers em 1993 para compartilhamento de informação clínica validada cientificamente.

A política de um trabalho no campo da saúde que fosse baseado em evidências chega no Brasil e com o tempo foi acolhido pelo SUS. A partir de documentos públicos e acessíveis aos cidadãos, podemos verificar a potência desta política na medida em que nos dias de hoje, para quem um tratamento seja acolhido pelo SUS, faz-se necessário estudos de eficácia, custo-benefício, acessibilidade etc. Segundo o Ministério da Saúde no *site* do Governo Federal, podemos verificar que é necessário que qualquer prática no campo da saúde, antes de ser implementada, necessita ter comprovação de eficácia do tratamento a ser dispensado à população.

O que nos chama atenção é que no Brasil existe uma espécie de desvirtuamento desta proposta quando encontramos as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs).

Sobre as PICs, não se buscam evidências empíricas para apoiar e disponibilizar o tratamento. O que se espera é que o SUS possa ofertar essas práticas no caso de algum paciente desejar receber também este tratamento. Se por um lado o SUS mantém uma rigorosa verificação do que deve ou não ser ofertado, por outro, a partir de importantes discussões públicas e de pressão política, insere-se no

SUS práticas outras que não são reconhecidas como tratamentos recomendados por diversos conselhos. Para dar um exemplo, segundo o Ministério da Saúde a prática de Constelação Familiar integra as PICS, no entanto, de acordo com *Nota Técnica nº 01/2023* do Conselho Federal de Psicologia (2023), este tipo de tratamento não é reconhecido e nem deve ser aplicado por um psicólogo, uma vez que ele não tem estudos de eficácia, vai contra a ética do profissional de psicologia e em seu arcabouço teórico demonstra ser incoerente com as leis vigentes em nosso país:

Em dezembro, o XIV Fórum Nacional de Juízas e Juizes de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Fonavid), realizado no Pará, publicou em sua Carta de Belém: enunciado em que orienta magistrados e magistradas de todo o país a não utilizarem práticas de Constelação Familiar ou Sistêmica no âmbito da violência doméstica e familiar contra a mulher. (*Nota Técnica nº 01/2023* do Conselho Federal de Psicologia, 2023 s./p.)

Em que pese algumas das práticas sustentadas como PIC's no Brasil serem questionáveis, a ideia central do programa é um tanto quanto interessante. As PIC's de fato auxiliam muito os pacientes como tratamento complementar ao usual.

Como vimos, tanto no Brasil, como no mundo, a discussão a respeito de se uma prática deve ou não ser ofertada em determinado país passa pelo plano político, econômico e científico. Existe uma certa coerência interna a esta modalidade de acolhimento e oferta de determinados tratamentos que cobra dos praticantes na área da saúde dados empíricos de que aquele tratamento ofertado pode ser eficaz para aquele paciente. Também se procura visualizar por meio de pesquisas e modelos estatísticos a possibilidade de um tratamento ser acessível à população em geral, o impacto financeiro para o estado, o custo-benefício de determinado tratamento etc. No Brasil:

[...] a área técnica do Ministério da Saúde, a avaliação de tecnologias em saúde (ATS) busca evidências científicas para avaliar diversos fatores relacionados a tecnologias novas e já existentes: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, equidade, ética, implicações econômicas e ambientais. (Uziel, 2021, s./p.)

De acordo com a autora, temos uma política nacional para a implementação de tecnologias em saúde que são sustentadas por uma filosofia que pretende alçar o modelo de medicina baseada em evidências como o único modelo confiável e aceitável para o tratamento.

Se a filosofia que orienta o SUS para acolher e oferecer tratamentos para a saúde estivesse realmente fundamentada na medicina baseada em evidências, para que a Psicanálise fosse um tratamento disponível à população seria preciso que os pré-requisitos fossem cumpridos. Durante este

trabalho iremos verificar alguns dos pontos que consideramos de suma importância para abrir o diálogo a respeito da Psicanálise e da possibilidade de tornar-se um tratamento reconhecido em nosso país de forma oficial. Veremos um pouco a respeito da eficácia, dos estudos de custo/benefício, de implicações econômicas, entre outros aspectos. Seja no Brasil, ou no resto do mundo, a Psicanálise parece se inscrever em um certo limbo, talvez um a-lugar, não sendo reconhecida pelo SUS como prática científica assim como também não o é pelo NHS, *Medicare*, *Inserm*, entre tantos outros. No Brasil, a Psicanálise tampouco é reconhecida como uma dentre as mais variadas PICs.

Em parte, o problema relativo ao lugar que a Psicanálise ocupa e que, deveria ocupar, está relacionado com a história da Psicanálise e com seu método de pesquisa, mas, também, e talvez principalmente, com a falta de analistas pesquisadores que se atrevam a discutir com outros campos da saúde de uma forma geral sobre os efeitos de nossa prática. Neste último ponto, talvez o problema tenha relação com a formação que é dispensada aos analistas atualmente. Seja nas Escolas, ou então nas universidades, a parte eminentemente teórica da formação em Psicanálise parece ter se esquecido de que Freud propunha que a Psicanálise era ao mesmo tempo um tratamento, um tipo de pesquisa e, como consequência, uma teoria. Lacan (1964/2003), atento aos propósitos freudianos em seu texto “Ato de Fundação”, reafirmou o compromisso com a pesquisa desde os primeiros parágrafos. Já em “Nota Italiana”, Lacan (1973/2003) chega a ser mais enfático ao dizer que ninguém deveria se autorizar a analista se não contribuísse com a formação, com a pesquisa, com a transmissão e o ensino.

Retomando o eixo de nossa pesquisa, a proposta de pensar se a Psicanálise pode ou não ser empiricamente comprovada por pesquisas empíricas que verifiquem sua validade teórica, bem como sua prática clinicamente comprovada mediante pesquisas clínicas, encontramos um certo paradoxo que não podemos nos furtar a discutir, a saber: queremos ser ouvidos, mas estamos ouvindo?

2. Antes de comprovar, dialogar

A discussão sobre a possibilidade ou não das comprovações empíricas a respeito da teoria psicanalítica e seus efeitos terapêuticos enquanto uma prática clínica no campo da saúde, é um tanto quanto problemática. A seguir, traremos alguns autores, a favor e contra, de fora e do interior do campo da psicanálise para demonstrar que este problema está aí, há muito tempo e, como poderão perceber, longe de acabar.

Começemos pelo lado dos mais apaixonados defensores da PBE no campo das psicoterapias que defendem com afinco que a psicanálise, por ser considerada uma pseudociência de acordo com

alguns critérios já ultrapassados no tempo, não deveria ser cotada como uma das práticas a receber investimentos e atenção para as pesquisas quantitativas e qualitativas no campo da saúde mental.

Outros, menos adeptos a pensamentos epistemológicos, mas ainda com certo viés cognitivista e, também, reducionista, costumam afirmar que a psicanálise até pode ser pesquisada, mas que as pesquisas devam revelar aquilo que eles supõem que ela é, a saber: nada mais eficaz do que pílulas de farinha e que pode produzir malefícios aos pacientes ao invés da melhora almejada pelos clínicos. Ou seja, há por trás deste movimento de “direito” em relação à psicanálise, já um viés do que deve ser encontrado. Muito próximo do que atualmente tem sido feito pela Associação Brasileira de Psicoterapia Baseada em Evidências (ABPE) que em 2023 protocolou uma pesquisa que tem como objetivos verificar se existem de fato pesquisas que comprovam as evidências do tratamento de psicoterapia psicodinâmica e de psicoterapias de base psicanalíticas. O problema todo está em que a agência fomentadora da pesquisa, bem como os pesquisadores envolvidos são sabidamente contra a psicanálise e, ainda, detêm em suas redes sociais e textos uma posição totalmente avessa à possibilidade de que a psicanálise possa ter evidência de eficácia.

Há ainda os que se aventuram por outra via, dizendo que a psicologia e o conhecimento a respeito do cérebro, seu funcionamento, constituição, estrutura e áreas relacionadas com comportamentos e afetos mudaram muito nos últimos anos e que a psicanálise, tanto a teoria quanto sua clínica, teriam ficado no passado. A respeito destas críticas, não são elas que nos chamam a atenção. Não estamos mais interessados nos críticos de fora da psicanálise do que nos psicanalistas que têm criticado a posição de se há a possibilidade de diálogo, relação ou ainda, aproximação entre o campo das evidências e o da psicanálise enquanto teoria e clínica.

Partindo para o campo dos psicanalistas, também encontramos posições distintas entre nossos pares que não deixam de ser interessantes para trazermos ao debate.

Em *A ciência da Psicanálise*, Elia (2023) realiza um trabalho magistral que revela, segundo a visão do autor, a impossibilidade da relação entre a psicanálise e algumas outras ciências, como por exemplo as neurociências. Consequentemente, também a relação entre a psicanálise com as pesquisas clínicas e empíricas não é bem-vista em seu livro. No decorrer do trabalho, o autor passou majoritariamente pelo caminho de definir a ciência da psicanálise com método, objeto e objetivos muito próprios que não são transponíveis para outras modalidades científicas. Para o autor, ou se utiliza a psicanálise para validar seus conceitos, sua maneira de pesquisa e de prática clínica, ou se está cometendo um certo tipo de desvio que descaracterizaria a psicanálise. Segundo Elia (2023) a psicanálise nada tem a ganhar quando:

[...] aplicarmos outros métodos que seguem os parâmetros da psicologia experimental, por exemplo – tais como: pré-teste/pós-teste (avaliação antes e depois de determinada aplicação ter sido feita), grupo de controle/grupo experimental (aplicação de determinado procedimento com um grupo de sujeitos e não aplicação do mesmo procedimento em outro, com fins de constatação dos efeitos da aplicação em contraste com a não-aplicação. (Elia, 2023, p. 219)

Partindo desta perspectiva, a psicanálise ficaria em um certo sítio em que não haveria a possibilidade de diálogo entre ela e as outras práticas no campo da saúde mental.

Já Carvalho (2017) em artigo publicado vai discutir mais de um ponto de vista epistemológico do que a respeito da prática, sem perder a possibilidade de diálogo que a autora denomina claramente como transmissão:

A clínica psicanalítica não se baseia em evidências da realidade, mas na ex-sistência do real. E se o real é o impossível, sua eficácia não pode ser aferida pelos critérios da MBE, incapazes de avaliar a mudança na posição de gozo que o falasser ocupa no Outro, ao sair da impotência à impossibilidade e fazer do sintoma uma invenção. Entretanto, ainda que a MBE almeja unificar e padronizar o conhecimento para transmiti-lo, e que a psicanálise não permita tal objetividade, Lacan não deixou de se preocupar com a transmissão. (Carvalho, 2017, p. 11)

Sobre a verificabilidade dos efeitos de uma análise, sustentada por Carvalho (2017), embora não seja unânime entre os psicanalistas, é uma posição majoritária facilmente compreensível quando os analistas afirmam que não há como verificar empiricamente o que se produz em uma análise, que seria impossível “repetir” o resultado de um tratamento. No que diz respeito a mudança na posição de gozo, mudança na posição subjetiva etc., estamos de acordo que não há nada, ainda, que esteja à altura de verificar esses efeitos que não seja dentro do próprio corpo teórico da psicanálise. Agora, será que realmente é impossível que outros, não psicanalistas, possam referendar os efeitos de uma análise? Ou será que os analistas, em geral, não todos, não têm tido esta preocupação na publicação de seus trabalhos?

Já outros analistas, como Solms (2018), defendem uma ideia de que sim, a psicanálise deve ter seus efeitos verificados e é possível fazê-lo utilizando-se dos métodos e pesquisas já estabelecidos pela PBE. Segundo Solms (2018, p. 7): “A terapia psicanalítica alcança bons resultados – ao menos tão bons quanto, e em alguns aspectos ainda melhores do que outras práticas baseadas em evidências na psiquiatria atual”.

Bassols (2015), por sua vez, não parece ter a mesma posição de condenar uma aproximação ou diálogo entre a psicanálise, as pesquisas neurocientíficas e as pesquisas clínicas. Com uma visão mais cautelosa, que se aproxima da nossa, faz um importante trabalho em situar a ciência e, em

especial, as neurociências no contemporâneo. Citando Mark Solms e suas pesquisas no campo denominado por Solms e outros analistas de neuropsicanálise, Bassols (2015) reconhece um certo achado nas pesquisas de Solms. Segundo Bassols (2015, p. 71)

Um autor chamado Mark Solms esteve a frente desse mix, com que assegurava haver demonstrado que o inconsciente, o Isso, o Eu e o Supereu, assim como toda série de conceitos de Freud têm lugar preciso no cérebro, de acordo com um funcionamento de base neuronal...

Ora, não se trata de defender ou rechaçar a posição de Solms, mas de tomá-la criticamente, de ler sua proposta e, a partir daí, uma vez que se conhece o trabalho dos mais diversos autores na área da neuropsicanálise, poder tecer críticas a favor ou contra aquilo que está publicado. Agora, o que mais nos chamou a atenção na posição de Bassols (2015, p. 228) foi a conclusão que ele chegou ao afirmar que precisamos ter muito cuidado a respeito destas pesquisas pois que há um perigo real de “desaparecimento da psicanálise nas neurociências: inicia-se com uma acolhida calorosa e continua com um abraço cada vez mais forte, até chegar à sufocação”. Com isso, o autor nos lembra que é preciso muito cuidado antes de tomarmos as pesquisas como uma vitória da psicanálise contra seus detratores contemporâneos. Mesmo porque, no mesmo livro, Bassols (2015) aponta para pesquisas que estariam mais ligadas a um Freud pré movimento psicanalista, médico neurologista, ainda discípulo de Charcot, do que Freud com todo seu aparato teórico, em especial suas descobertas com a segunda tópica.

Ainda de acordo com Bassols (2015), temos uma percepção muito clara de que a PBE e as pesquisas no campo da saúde mental que apontam para evidências o fazem desde um alinhamento com as neurociências que só possível na medida em que reduz o humano a aspectos meramente biológicos reiterando a exclusão do sujeito e, conseqüentemente, da subjetividade. Para os psicanalistas, em especial de orientação lacaniana, o sujeito com o qual operamos é o sujeito do inconsciente que se produz como efeito da linguagem. Este sujeito é inapreensível no âmbito das neurociências por ser efeito evanescente, e não algo verificável como o funcionamento do cérebro, dos neurônios ou a polarização e despolarização dos dendritos e axônios transportando informação por todo o corpo.

Neste aspecto não discordamos desta posição, no entanto, lembramos também da afirmação, mais uma vez, de que para Freud (1905/2017, p. 71) a Psicanálise deve ser um tratamento que traga ao paciente um bem-estar: “A terapia psicanalítica foi criada a partir de e para doentes com incapacidade duradoura de viver, e seu triunfo é que torna um número satisfatório deles capazes de

viver a sua existência de forma duradoura”. Ocorre que este bem-estar não está nem garantido como resultado do tratamento, muito menos como horizonte de nosso ofício. Consideramos este efeito da melhora no quadro de saúde mental dos pacientes um ganho possível que pode ocorrer no decorrer do tratamento. Esta posição é eminentemente diferente das psicoterapias, em especial das “padrão ouro” que atualmente estão no rol das PBE’s uma vez que elas têm como objetivo o mesmo das pesquisas clínicas, a saber: o retorno ao estado de um suposto estado de “normalidade” preconizado pelo DSM e por seus autores.

Que as pesquisas têm importância no contexto de tudo o que se supõe um tratamento, ainda mais em questão de saúde mental, isso é inegável. Também não podemos deixar de enxergar que há muita resistência sobre as pesquisas com o tratamento psicanalítico e outros derivados da psicanálise. Estas resistências, como pudemos demonstrar, não estão apenas fora do campo psicanalítico, mas, também, no interior das instituições formativas, entre os próprios psicanalistas e docentes das universidades que ocupam a cadeira das disciplinas de psicanálise.

Este diagnóstico não é novo e já havia sido apontado por Freire e Pereira (2011) há quase quinze anos atrás:

É interessante observarmos que embora a questão da avaliação da eficácia terapêutica da psicanálise na contemporaneidade possa causar no meio psicanalítico certo desconforto e desassossego, como se estivéssemos a enfrentar um monstro para cujo combate não dispuséssemos de armas, é crucial e incontornável pensarmos também que esse monstro, de cujo olhar muitas vezes desviamos, não vem necessariamente ou tão somente do Godzilla da avaliação empírica a que se refere o título deste artigo, mas, sobretudo, de dentro, da resistência a qual Freud algumas vezes apontou como sendo dos próprios psicanalistas. (Freire e Pereira, 2011, p. 155)

Desde esse fragmento do artigo intitulado “A avaliação dos resultados em Psicanálise”, verificamos que Freire e Pereira (2011) defendem a ideia de que há espaço para as pesquisas com a psicanálise onde encontramos os efeitos terapêuticos como objetivo das pesquisas e não do tratamento psicanalítico. Além desses efeitos, há também algo que fica de fora das “estatísticas” que seria do campo do sujeito. Ainda no mesmo artigo, os autores defendem que:

[...] o trabalho (*Arbeiten*) a que se refere Freud, além de contemplar a noção de *trabalho psíquico*, refere-se à concepção criativa em direção à vida. Esta concepção é irredutível ao trabalho de uma população enfileirada na linha de produção na sociedade contemporânea, cuja ética nem sempre vai ao encontro da saúde psíquica dos sujeitos que a compõem. (Freire e Pereira, 2011, p. 155)

Como podemos perceber, desde Freud, passando por Lacan e pensando na psicanálise e em sua clínica na contemporaneidade, há efeitos terapêuticos, mas o objetivo mesmo, está ligado à ética do sujeito não a alcançar os mesmos efeitos que as psicoterapias atuais pretendem, sendo esses efeitos facilmente compreendidos como a produção em massa de indivíduos para o mercado.

Seja a travessia da fantasia ou a mudança da posição subjetiva, a passagem de psicanalisando a psicanalista ou a amarração do nó borromeano com o quarto nó, estes elementos só podem ser verificados na medida em que a teoria psicanalítica nos permite ler o caso clínico e chegar a uma espécie de consenso de que houve ou não houve um trabalho de análise onde pode ser contemplado estes efeitos. Aqui, neste campo, as avaliações psicométricas quantitativas e qualitativas não conseguem abarcar o que é esperado de uma análise. No entanto, não seria por isso que os efeitos terapêuticos deveriam ser excluídos do horizonte do tratamento.

Lacan (1964/2003) em “Do Trieb de Freud...” na última página de seu texto pergunta a seu interlocutor qual seria o objetivo de uma análise para “além” do terapêutico: “... Então, qual é a finalidade da análise, para além da terapêutica? Impossível não a distinguir desta quando se trata de produzir um analista” (Lacan, 1964/2003, p. 868). Neste fragmento, podemos observar que Lacan não abandona a questão do terapêutico, dos efeitos positivos do tratamento, mas o coloca em um outro lugar que não o mesmo que as psicoterapias. O efeito terapêutico que se dá no decorrer do tratamento, faz parte do tratamento, podemos até mesmo afirmar que, sem ele, a psicanálise não consegue sobreviver. Ora, quem ficaria em análise se não sentisse nenhum benefício positivo em seu percurso? Agora, é preciso deixar claro que este benefício, é o analisante quem deverá nomear e não algo da ordem do que o psicanalista esperaria que o analisante deveria alcançar.

Para demonstrar a presença do terapêutico na obra de Lacan tomemos o fragmento do texto “A agressividade em Psicanálise” em que Lacan (1948/1998, p. 109) afirmou que “[...] o analista curava pelo diálogo, e curava loucuras igualmente grandes”. Retomo este trecho do texto no sentido de pinçar na obra de Lacan mais um, dentre vários outros, elementos que nos permitam afirmar que, mesmo para Lacan, a cura, o terapêutico, a melhora na condição de vida dos pacientes sempre estiveram presentes na Psicanálise enquanto tratamento. Ocorre que o efeito terapêutico deve vir a partir de um trabalho ético e não moral. Esta ética, para contextualizar brevemente, está relacionada com a ética do um a um, do caso a caso, eis aí a ética da psicanálise. Podemos inclusive dizer que, durante todo o seminário 7, Lacan trabalhou arduamente para estabelecer uma outra ética, a ética do sujeito em contraposição à ética dos bons costumes em que o indivíduo deveria se submeter ao bom, bem e belo para todos. Relacionar isso com o tratamento psicanalítico e com nossa pesquisa é

relativamente simples. A psicanálise aponta para a ética do sujeito e não para aquilo que está estabelecido como deveria ser o paciente de acordo com os ideais sociais, culturais, biológicos, de uma determinada época e de um espaço geográfico muito bem delimitado. Já a psicoterapia tenta colocar o paciente dentro do que é o bem, o bom e belo estabelecido pela cultura em que vivem terapeuta e paciente.

Retomando a posição de Carvalho (2017) e, também, de Bassols (2015) acreditamos ser necessário manter a tensão de que talvez seja possível compreender o que é do analítico como algo que as pesquisas empíricas e clínicas não conseguem verificar com os instrumentos que temos à nossa disposição atualmente. Neste sentido, como podemos encontrar em muitos textos de Lacan, há no fim da análise um efeito que jamais encontramos como objetivo das pesquisas clínicas. Segundo Lacan (1967/2003, p. 257) “Com o que chamei de fim da partida, chegamos – enfim – ao âmago de nossa colocação desta noite. O término da psicanálise superfluamente chamada de didática é, com efeito, a passagem do psicanalisante a psicanalista”. Não apenas aqui, mas em diversos momentos do ensino de Lacan é possível compreender que uma análise se destina à produção do analista e que, a nosso ver, chegar ao fim da análise, só é possível uma vez que se passa pelo percurso não descartando as mudanças na vida do paciente e, em especial, o encontro com um bem, bom e belo que o próprio paciente produz no decorrer do tratamento.

Agora, nem Freud, muito menos Lacan, estabeleceram critérios de demarcação do que seria propriamente falando o fim de um tratamento psicanalítico, que pudesse ser reconhecido e discutido por não psicanalistas. Se somente os analistas e teóricos da psicanálise conseguem reconhecer que uma psicanálise está no caminho certo ou que chegou ao fim, isso não impede de reconhecermos também os ganhos terapêuticos que podem se dar durante o tratamento. Insistimos no termo “podem” justamente por não haver garantias de que isso aconteça.

Os efeitos terapêuticos positivos em nossa prática, devem ser pensados como ganhos secundários e, ao mesmo tempo, em alguns momentos, indispensáveis à condução do tratamento, mesmo que eles não sejam nem o objetivo de uma análise nem o norte que irá dizer se estamos ou não no caminho certo.

Retornando ao cerne de nosso trabalho, não apenas devemos pensar nas evidências enquanto efeitos terapêuticos, mas, principalmente, visto que trabalhamos com a psicanálise, reconhecer que para o tratamento que ofertamos é necessário outro tipo de evidências que não estão contempladas nas pesquisas clínicas.

Diante desta discussão, parece-nos ser necessário pensar a psicanálise e as pesquisas a partir de duas frentes distintas. Primeira, a frente da ciência com as pesquisas empíricas procurando sustentar a teoria da psicanálise a partir de elementos bioquímicos, neurotransmissores modificações no corpo, etc, que tendem a um reducionismo, como vimos anteriormente e, também com as pesquisas clínicas em que se buscam encontrar, verificar, mensurar os efeitos terapêuticos de um tratamento para apresentar a prática como baseada em evidências a partir dos resultados obtidos. Já a segunda frente, conforme nos apontam Pereira e Ribeiro em entrevista realizada por Moura (2008), iremos verificar se o tratamento foi eficaz no que diz respeito a alcançar o objetivo proposto pela psicanálise. Freud já estava atento a isso do início ao fim de sua obra, como podemos perceber da Carta a Fliess 242, escrita em 16 de abril de 1900, até “Construções em análise”, em que Freud (1937/2017, p. 315) afirmou que: “... a libertação de seus sintomas neuróticos, suas travas e anormalidades de caráter...” se dá mediante o trabalho sobre a resistência em transferência e, com isso, procuramos trazer à consciência o material recalcado inconsciente. Como objetivo da psicanálise Freud (1937/2017, p. 366) afirma em “Construções em análise” que “Como se sabe, o objetivo do trabalho analítico é fazer com que o paciente volte a suspender os recalques...” que pode promover, como consequência a cura de “sintomas, e suas inibições atuais” (Freud, 1937/2017, p. 366).

Ora, do começo ao fim da obra de Freud, percebemos uma constante interlocução com médicos, leigos, psicanalistas, sempre sustentando os efeitos do tratamento psicanalítico desde o ponto de vista terapêutico até o ponto de vista propriamente psicanalítico.

O que conseguimos perceber a partir da leitura dos textos em que Freud discute pontualmente os objetivos do tratamento psicanalítico é que não é possível fazer uma ligação direta entre o que é encontrado como objetivo do tratamento psicanalítico e os objetivos buscados nas pesquisas clínicas atuais, mesmo aqueles que comparam a psicanálise com outros tratamentos baseados em evidências. Corroborando com esta perspectiva, em carta a Fliess, Freud (1900/2012, p. 48) afirmara que “E. finalmente concluiu sua carreira de paciente com um convite para jantar em minha casa. Seu enigma está quase totalmente solucionado; sua saúde excelente, sua essência totalmente mudada; dos sintomas permaneceu um resto...”. Analisando com mais detalhes este trecho final da carta a Fliess onde Freud fala do percurso de um de seus pacientes, articulando com os textos datados da mesma época como “Sobre o tratamento Psíquico” de 1890 e também “Caminhos da terapia psicanalítica” escrito em 1905, bem como dois dos últimos textos de sua obra que versam a respeito do método, da formação e da finalidade da análise, que são respectivamente “A análise finita e a infinita” e “Construções em análise”, vemos um Freud apontando para efeitos terapêuticos que correm

paralelamente aos efeitos analíticos. Não sendo possível fazer uma relação direta entre o fim da análise com a eliminação dos sintomas.

Caminhando agora para alguns dos textos de Lacan, mais precisamente em “Proposição de 09 de outubro de 1967”, Lacan (1967/2003) problematizou a respeito do tratamento e do fim de uma análise de maneira um tanto quanto complexa. Precisamente neste texto, Lacan (1967/2003, p. 312) deixa claro que o psicanalista deve trazer a marca de um desejo inédito cabendo “a seus congêneres ‘saber’ encontrá-la. Salta aos olhos que isso supõe um outro saber elaborado de antemão, do qual o saber científico forneceu o modelo e pelo qual tem a responsabilidade”. Nesta passagem do texto lacaniano, temos então basicamente dois saberes propostos. O primeiro, o saber respectivo à psicanálise e ao tratamento, um saber que apenas os analistas munidos de sua teoria conseguem pensar a psicanálise e formalizar um tratamento bem como propor um fim. O outro saber, o científico, servindo como modelo, nos aponta algo de anterior à psicanálise. A questão é que não nos parece que Lacan abandona o saber científico, mas nos dá uma deixa de sabermos utilizá-lo em prol da psicanálise.

Em “Ato de fundação” Lacan convoca os analistas que estavam com ele após sua saída da Associação Internacional de Psicanálise (IPA) para o diálogo franco e aberto com as ciências, mais especialmente com a prática médica e a psiquiatria. Neste documento histórico vemos como analistas foram convocados para o diálogo no intuito de uma reconquista do campo aberto por Freud, bem como todos os interessados em trabalhar em prol da transmissão da psicanálise no mundo. De acordo com Lacan (1964/2003) o convite para a escola foi feito para os que desejavam seguir seu ensino sendo analistas ou não. O ponto que muito nos interessa neste texto está na organização que Lacan (1964/2003) faz da Escola fundando uma seção em que convoca

Grupos médicos, sejam eles ou não compostos de sujeitos psicanalisados, desde que estejam na condição de contribuir para a experiência psicanalítica: pela crítica de suas indicações em seus resultados; pela experimentação dos termos categóricos e das estruturas que introduzi como sustentando a linha direta da práxis freudiana – isso no exame clínico, nas definições nosográficas e na própria formulação de projetos terapêuticos. (Lacan, 1964/2003, p. 237)

O que percebemos é que se apresenta em jogo no ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise em 1964, é a organização da Escola em diversas frentes distintas, para a promoção da psicanálise. Notadamente na seção de “psicanálise aplicada”, encontramos ao mesmo tempo terapêutica e clínica médica articulados com a casuística, doutrina e informação psiquiátrica e prospecção médica. Nesta seção vemos que no ato inaugural da Escola se retoma também a tentativa

de dizer aos leigos (não psicanalistas) o que fazemos, como fazemos e quais os efeitos de nosso trabalho, reiterando assim a psicanálise enquanto tratamento e sua inserção no mundo.

Lacan (1973/2003, p. 314), em “Nota Italiana”, mais uma vez nos surpreende, dizendo que ninguém “se autorize ser analista, porque nunca terá tempo de contribuir com o saber, sem o que não há chance de que a análise continue a dar dividendos no mercado”. Poderíamos continuar citando várias passagens em diferentes textos de Lacan, mas para nosso objetivo, pretendemos deixar bem-marcado nossa posição de quem nem Freud e nem Lacan Se furtaram de pensar na questão a respeito do fim do tratamento psicanalítico e de como transmitir os objetivos de nossa prática, seu método, a psicanálise propriamente falando, sem que o interlocutor seja de fato um psicanalista. Isso está no cerne de uma preocupação muito atual, afinal, seria possível produzir evidências da psicanálise e do tratamento psicanalítico que fosse dialogável com interlocutores outros que não os já iniciados na psicanálise?

Para responder a esta questão, tomemos como exemplo a disseminação da Psicanálise no Brasil. Em nosso país, a psicanálise tem, até o momento, certo privilégio dentro dos programas universitários onde ainda tem uma posição na qual é possível propor pesquisas científicas no intuito de uma transmissão para além da clínica. O que percebemos, infelizmente, é que poucos são os analistas e os trabalhos que tocam nestas questões a respeito da psicanálise enquanto tratamento, sua efetividade, eficácia e eficiência. Menos ainda são as pesquisas e artigos que apontam para uma discussão que leve a sério o problema da psicanálise enquanto um tratamento que possa ser validado para, aí sim, ser ofertado para a população nos mais diversos espaços de saúde. Também notamos que uma quantidade ainda menor são as pesquisas divulgadas abertamente nos meios de comunicação que chegam a outros profissionais e a população geral.

Para que tenhamos uma noção do problema do fechamento dos psicanalistas e das instituições de formação frente à população e outros profissionais, apresentaremos o que aconteceu na França e em toda a Europa de uma maneira geral, em especial com relação ao tratamento do Autismo. Grande parte desse problema, acreditamos, poderia ter sido evitado se houvesse uma abertura maior entre os analistas, instituições, universidades e população.

Em 2016, Sauret, Askofaré e Macary-Garipuy, fizeram um levantamento histórico do movimento psicanalítico na França para discutir a respeito da tentativa de proibir a psicanálise e o tratamento psicanalítico para autistas em todo o território francês. Esta tentativa ocorreu a partir de uma pressão sobre os políticos para que sancionassem uma lei para este fim. Segundo os autores: “Daniel Fasquelle, que procurou proibir não só o tratamento psicanalítico de pessoas com autismo,

mas também o ensino e a pesquisa psicanalítica na universidade” (Sauret, Askofaré e Macary-Garipuy, 2016, p. 1101).

Na Alemanha, temos notícias de que as cadeiras universitárias, antes reservadas à Psicanálise, estão em declínio. Fato é que a Psicanálise como tratamento, para além de querela sobre ser ou não ser uma ciência, ou responde à altura do que se espera enquanto tratamento no campo da saúde, ou estará fadada a um recrudescimento cada vez maior em todo o mundo. Dentre os desafios encontrados para responder a esta questão, talvez o principal, é o responder a altura sem, no entanto, assujeitar a Psicanálise às expectativas do modelo biomédico, muito menos incorporar a mesma ao rol de práticas que tendem a domesticar o sujeito em favor do mercado, mas, antes, como afirmou Lacan (1975) encontrar nas ciências elementos para que a Psicanálise e o analista, ao se servirem delas, possam se renovar.

Seguindo com a proposta de apresentar um panorama sobre situação da psicanálise no campo da saúde mental enquanto ciência e tratamento, veremos agora alguns agentes que corroboraram para que as pesquisas clínicas e empíricas, bem como a PBE fossem instaladas dentro das universidades e, posteriormente, em programas governamentais em todo o mundo.

3. Pesquisas, agentes e financiamentos

Segundo Wooding e Pollit (2016), os Estados Unidos são os maiores produtores de pesquisas e artigos científicos na área da saúde mental em todo o mundo. Atualmente, as indústrias farmacêuticas financiam pesquisas e investem pesado no campo da saúde mental. Para se ter uma ideia, em 2016 aproximadamente 30% dos artigos publicados no campo da saúde mental em todo o mundo tinha ligação com os EUA sendo o governo norte americano ou as instituições ligadas a ele os maiores financiadores destas pesquisas. No entanto, nos parece, de acordo com que elaboramos até o momento neste trabalho, que há uma política que aponta para um novo tipo de Eugenia, a Eugenia química na qual se procura desenvolver o homem até que ele se enquadre nos padrões esperados da sociedade de consumo em que vivemos. Seja Frances (2016) ou Bassols (2015), o que encontramos em ambos os trabalhos é um certo tipo de direcionamento extremamente lucrativo para as companhias farmacêuticas em que o tratamento passa do campo da saúde mental propriamente dita e alcança o campo da estética.

Outro dado que nos chama a atenção é o quanto estas pesquisas não produziram nada de realmente novo no campo da psiquiatria. Em “Voltando ao normal” Frances (2016) afirma:

É repetitivo dizer, mas a indústria farmacêutica jamais criou um produto que excedesse a eficácia dos medicamentos disponíveis sessenta anos atrás. Marcou vários pontos no marketing, mas costuma errar o alvo no que se refere à pesquisa. Nenhum registro digno de nota de pois de todo esse tempo e oba-oba. (Frances, 2016, p. 121)

Também nos chama a atenção os dados recolhidos por Frances (2016) que aponta para uma cifra de 60 bilhões de dólares gastos em campanhas publicitárias, promoção de medicamentos e aliciamento dos médicos. Estes números revelam, segundo Frances (2016) que a indústria farmacêutica encontrou um mercado multibilionário que custa relativamente pouco para manter e assegurar um lucro de cerca de 17% estando entre os mercados mais lucrativos do mundo. Estamos falando da indústria da saúde mental em que experimentos empíricos pouco trazem de respostas, já experimentos sociais, pesquisas no campo do marketing, entre outras, asseguram não apenas o exorbitante lucro, mas, principalmente, o aumento vertiginoso de consumidores. Ainda segundo Frances (2016, p. 119) “Os gênios do mercado guiam o trabalho de pesquisa, e não o pessoal da ciência, e o resultado é previsível: grandes vendas, descobertas fajutas”.

Toda essa construção desde a criação do DSM-IV até o DSM-V utilizado ultimamente chegou aos governantes não a partir de pesquisas, mas a partir do marketing, das promessas, da propaganda de que deveria ser implementado aquilo que uma suposta ciência já tinha comprovado como eficaz.

No país em que a Fundação Rockefeller investiu em programas secretos (MKULTRA) com a CIA; onde, no fim da década de 80, apareceu o Prozac elaborado no laboratório Elli Lilly que também é norte americano. Posteriormente, na década 90 chegaram as ideias da medicina baseada em evidências que influenciou profundamente a divisão da APA que organizava e editava o DSM. Segundo Faria, Oliveira-Lima e Almeida Filho (2021), estas ideias foram fortemente financiadas pelos fundos Rockefeller e Cochrane. Ainda na década de 90, na revista Times, uma das capas muito discutidas (até os dias atuais) foi a que os editores afirmaram que “Freud está morto”.

Historicamente, principalmente a partir da década de 90 e anos 2000, as terapias que estavam alinhadas com o discurso biomédico, com a APA, com a famigerada medicina baseada em evidências e com a política interna da construção e disseminação do DSM, ganharam terreno e a Psicanálise acabou sendo relegada a um estranho limbo em que não era tomada como “ineficaz” mas tão pouco havia evidências de eficácia (visto que não eram realizadas e divulgadas pesquisas) para que os governos pudessem recomendar sua prática como tratamento no campo da saúde mental.

No Brasil não foi diferente: segundo Kimati Dias e Muhl (2020), o *lobby* das indústrias farmacêuticas em nosso país pode ser compreendido a partir de um processo que

[...] ocorreu de forma concomitante à expansão de um outro modelo de atenção voltado principalmente para o setor privado e relacionado às transformações das práticas em psiquiatria em todo o mundo — marcadamente, no processo que se desenvolve desde a década de 1970, e que tem como grande promotor a Associação de Psiquiatria Norte-Americana, profundamente articulada com a indústria farmacêutica. (Kimati Dias e Muhl, 2020, p. 61)

Além do problema do *lobby* das indústrias farmacêuticas que financiam pesquisas e desenvolvem medicamentos, há um agenciamento dos profissionais que trabalham para a propaganda do que é eficaz e daquilo que não tem eficácia comprovada. Segundo médica e pesquisadora da *Georgetown University Center* Adriane Fugh-Berman (2014, p. 4):

Por atuarem em área pouco afeita ao universo das vendas, médicos têm dificuldades em notar quando artigos publicados em prestigiosas revistas científicas incluem mensagens subliminares, cuja intenção vai desde respaldar a eficácia de drogas ainda nem lançadas, até criar ou exagerar “estados de doenças”. Tais textos são elaborados por ghost-writers – “escritores-fantasma” – a serviço dos laboratórios, responsáveis por escrever artigos a serem assinados por colegas de meios acadêmicos.

Como as terapias cognitivo comportamentais partem da premissa de um alinhamento com a psiquiatria e o discurso biomédico contemporâneo, e, principalmente, com a política da construção do DSM atual que, desde sua terceira versão na década de 80 vem retirando paulatinamente a Psicanálise, seus conceitos e a modalidade de compreender o diagnóstico, propondo-se a-teórico quando, na realidade, marca um viés eminentemente biologicista, podemos afirmar que a TCC acaba tendo uma maior aceitação dentro do mercado de saúde mental.

Hoje, em sua quinta versão, de acordo com Dunker (2014) embora o novo DSM traga uma proposta de ser a-teórico, toda a sua construção parte da premissa de que os transtornos mentais têm uma causalidade orgânica, esta afirmação jamais pode ser empiricamente comprovada e, atualmente, com o avanço da teoria da epigenética, esta hipótese está sendo aos poucos descartada.

Na contramão desta proposta está a Psicanálise que compreende os transtornos mentais, em sua maioria, não descartando o orgânico que está em cena, mas problematizando a relação de interação entre o corpo e o que Freud (1890/2017) denominou de alma (*Seele*). Nesse caso, é necessário todo um constructo teórico próprio à Psicanálise para reconhecer o adoecimento e também para verificar que o tratamento foi eficaz no sentido de atender aos objetivos propostos. Especificamente teríamos um problema se e somente se os efeitos produzidos com o tratamento psicanalítico não pudessem ser mensurados empiricamente como o são com outros tratamentos no campo da saúde mental. Que os efeitos analíticos como a verificação da Ex-sistência do Real, a produção do analista (Lacan, 1964/2003) ou a suspensão do recalque (Freud, 1937/2017) só sejam

mensuráveis a partir da elaboração e teorização da clínica em Psicanálise, isso não impede que os efeitos terapêuticos positivos como possíveis saídas outras para os mais variados transtornos mentais, a estabilização de um paciente diagnosticado com Transtorno Bipolar, ou a remissão de um quadro de pânico ou ansiedade após um determinado período em análise, para dar alguns exemplos, não possam ser mensurados na medida em que as pesquisas empíricas a respeito da eficácia do tratamento psicanalítico sejam realizadas.

A respeito da verificabilidade dos efeitos terapêuticos de um tratamento psicanalítico, muitos pesquisadores e psicanalistas têm se debruçado sobre esta questão. Segundo Dunker (2017, s./p.): “[...] como psicoterapia, a Psicanálise apresenta resultados superiores à média geral de suas concorrentes para a maioria dos diagnósticos – inclusive para autismo e psicoses”. Essa posição está intrinsecamente relacionada com a posição de Freud que, desde 1905, defendia a ideia de que a Psicanálise deveria ser um tratamento e que seus resultados deveriam ser verificados na melhora da qualidade de vida das pessoas que fossem submetidas a este tratamento.

Não são raros os momentos que Freud, ao longo de sua obra, aborda a questão dos efeitos terapêuticos de um tratamento psicanalítico. Para além dos 5 grandes casos clínicos que nos servem como modelo para pensar diferentes pontos da teoria que à época não estavam muito bem estabelecidos, é relativamente fácil encontrar na obra de Freud demonstrações do efeito de um tratamento analítico.

Seja em “Sobre Psicoterapia” (1905/2017) passando por “Conferências Introdutórias” (1916/2014) até um de seus últimos textos denominado de “Compêndio de Psicanálise” (1940/2014), Freud foi demonstrando que os efeitos terapêuticos respondem aos efeitos analíticos. Em especial em “A técnica psicanalítica”, um capítulo inserido no texto “Compêndio de psicanálise” que traz claramente os ganhos terapêuticos na medida em que o trabalho analítico vai sendo realizado em transferência, mas jamais os nomeia como objetivos do tratamento.

Lacan (1964/2003), em um breve texto, irá afirmar categoricamente que existe o terapêutico em uma análise, mas existe um outro objetivo, o objetivo analítico, o ponto de chegada que será a produção do analista. O que evidenciamos aqui é a relação intrínseca que ambos, tanto Freud quanto Lacan, encontraram e transmitiram a partir de seus textos de que os efeitos terapêuticos são alcançados em análise, mas, também que, não se trata de orientar o tratamento para esses efeitos, e sim de orientar para o objetivo analítico, caso contrário, pode-se cair na lógica neoliberal, orientando o sujeito ao pior (Lacan, 1974/2003).

Referências

- Azevedo A. e Koehler, C. (2021). Eugenia na Alemanha nazista: o racismo como política de estado. *Revista Scientiarum Historia*. 1(e281), 1-8.
- Canadá. (2024). *Canada Health Act Annual Report 2022-2023*. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2023-2024.html>
- Carvalho, S. (2017). Medicina baseada em evidência x psicanálise baseada na ex-sistência. *Stylus*, 34, 83-92.
- Conselho Federal de Psicologia. (2023). *Nota técnica CFP Nº 1/2023*. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-1-2023-visa-a-orientar-psicologas-e-psicologos-sobre-a-pratica-da-constelacao-familiar-tambem-denominada-constelacoes-familiares-sistemicas/>.
- Bassols i Puig, M. (2015). *A Psicanálise, a Ciência, o Real*. Rio de Janeiro: Contra-Capa.
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107.
- Dunker, C. I. L. (2017). A psicanálise como ciência. *IP Comunica*, IP na Mídia, Notícias, 30/05/2017. Disponível em: <https://www.ip.usp.br/site/noticia/a-psicanalise-como-ciencia/>.
- Elia, L. (2023). *A ciência da psicanálise*. São Paulo: Edições 70.
- Faria, L., Oliveira-Lima, J. A. de. e Almeida Filho, N. (2021). Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28, 59-78.
- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com nossa sanidade e o que pode ser feito retomarmos o controle*. Rio de Janeiro: Versal.
- Freire, J. M. G. e Pereira, M. E. C. (2011). A avaliação de resultados em psicanálise: Bambi sobreviverá a Godzila? *Tempo psicanalítico*, 43(1), 155-172.
- Freud, S. (1890). Tratamento psíquico. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp.19-43). São Paulo: Autêntica. 2017.
- Freud, S. (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. Porto Alegre: L&PMPOCKET, 2012.
- Freud, S. (1905). Sobre Psicoterapia. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp.63-77). São Paulo: Autêntica, 2017.

- Freud, S. (1912). Sobre a dinâmica da transferência. In S. Freud, *Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 107-118). São Paulo: Autêntica, 2017.
- Freud, S. (1916). Conferências Introdutórias à Psicanálise. In S. Freud, *Obras Completas Vol. 13, Conferências introdutórias à Psicanálise (1916-1917)* (pp.13-613). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- Freud, S. (1937). Construções em análise. In S. Freud. *Obras incompletas de Sigmund Freud. Fundamentos da clínica Psicanalítica* (pp.365-379). São Paulo: Autêntica, 2017.
- Freud, S. (1940). Compêndio de Psicanálise. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud* (pp. 14-239). Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
- Fugh-Berman, A. (2014). Entrevista. Laboratórios vendem doenças. *Ser Médico*. 67, 4-6.
- Kimati Dias, M. e Muhl, C. (2020). Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. *Argumentum*, 12(2), 60-74.
- Lacan, J. (1948). A Agressividade em Psicanálise. In J. Lacan, *Escritos* (pp.104-126). Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1964). Ato de Fundação. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp.237-247). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1967) Proposição de 9 de outubro de 1967. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1973) Nota Italiana. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 311-315). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1974). Televisão. In J. Lacan, *Outros Escritos* (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Moroz, N., Moroz, I. e Slovinc D'Angelo, M. (2020). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282-287.
- Recommendations. Depression in adults: treatment and management - Guidance NICE Guideline.* National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
- Sauret, M.-J., Askofaré, S. e Macary-Garipuy, P. (2016). Controvérsias atuais no tratamento do autismo na França: o que está em jogo para a psicanálise. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(spe), 1098-1118

- Solms, M. (2018). The scientific standing of psychoanalysis. *BJPsych International*, 15(1), 5-8.
- Souza, V. S. (2016). A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. *História, Ciências, Saúde*, 23, 93-110.
- Sur, R. e Dahm, P. (2011). History of evidence-based medicine. *Indian Journal of Urology*, 27(4), 487.
- Uziel, D. (2020). A avaliação de tecnologias em saúde e sua incorporação ao sistema único. *Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade*, Central de Conteúdo, Argitos, 23/07/2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/223-a-avaliacao-de-tecnologias-em-saude-e-sua-incorporacao-ao-sistema-%20unico-3>.
- Oakes J.A. Managing Life: Human Biology 1918-1945. Publicly Accessible Penn Dissertations. 1390. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/items/1e6357f4-173e-4691-85b0-ce5fcba8a00d>.
- Wooding, S. e Pollit, A. (2016). Who's Funding Mental Health Research Worldwide? *RAND, Research & Commentary, Commentary*, 17/08/2016. Disponível em: <https://www.rand.org/pubs/commentary/2016/08/whos-funding-mental-health-research-worldwide.html>.