

Entre a antropologia e a psicanálise: sofrimento psíquico, indivíduo moderno e diferença na clínica contemporânea¹

César Augusto de Assis Silva

Doutor em Antropologia Social (USP) e psicanalista

Laboratório do Núcleo de Antropologia Urbana da USP

cesaraugustonet@yahoo.com.br

Resumo

A psicanálise nasceu no interior de uma tentativa médica de tratar o sofrimento psíquico das classes abastadas europeias e, ao longo de grande parte de sua história, permaneceu majoritariamente circunscrita a sujeitos pertencentes às classes altas e escolarizadas. Contudo, as transformações sociais das últimas décadas — marcadas pelo aumento da renda de grupos historicamente marginalizados, assim como a partir das iniciativas de clínicas sociais de baixo custo — têm contribuído para sua progressiva popularização em novos extratos da sociedade.

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a questão da classe social e a psicanálise. Em um primeiro momento, investigo a relação entre a psicanálise e certo elitismo. Posteriormente, menciono como a historiografia recente tem demonstrando como a psicanálise atuou motivada por questões sociais no período entre guerras. A partir dessa história, desembocamos na dualidade sociológica da psicanálise: a adaptação à ordem *versus* crítica social. Por fim, a partir de minha atuação em uma clínica social, investigo como a posição de classe modula o sofrimento e diferencia a questão do “pagamento” no setting.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Classe social. Psicanálise.

¹ Trabalho apresentado na 35ª Reunião Brasileira de Antropologia (Ano 2026) em Goiânia -GO.

Introdução

Em uma conversa informal com a antropóloga Dra. Paula Montero (USP), relatei que atendia analisandos de diferentes classes sociais em minha clínica psicanalítica, inclusive pessoas oriundas das camadas populares. Ela demonstrou certo estranhamento e reagiu: “mas pobres não procuram a psicanálise!”.

Na conversa que se seguiu, para exemplificar que as classes populares também procuram a psicanálise, atualmente, mencionei superficialmente o caso de uma analisanda periférica, de origem nordestina, que trabalhava como cozinheira para uma família de classe média alta e realizava análise comigo mediante um valor social. O caso possuía um elemento singular, possivelmente razão da própria motivação para a procura do tratamento: a patroa dessa analisanda era psicanalista. Ou seja, a psicanálise entrou em seu horizonte de possibilidades por meio da relação com a empregadora. O desejo de identificação com a patroa, bem sucedida, estava suposta nas motivações iniciais que a conduziram ao tratamento.

Ao longo do seu processo, que passou por períodos de interrupção, a analisanda assumiu uma trajetória de crescente individuação, desvinculando-se de relações que a mantinham em posições de subordinação, tanto no âmbito pessoal quanto profissional. Divorciou-se, retomou os estudos, trocou de emprego e tornou-se uma pequena empreendedora, garantindo uma renda suplementar. Dentro de certos limites, foi evidente que esses movimentos ampliaram suas possibilidades de mobilidade social.

Assim, a minha clínica de orientação social não me autorizava a afirmação de que pobres não procuram a psicanálise. Contudo, paradoxalmente, o exemplo que trouxe para o argumento soou mais como uma exceção que confirmava a regra que eu quis questionar. O fato de a patroa da analisanda ser psicanalista era muito fundamental no caso. Além disso, os próprios movimentos da analisanda em sua vida fora do setting evidenciaram o quanto o tratamento psicanalítico opera em consonância, alinhado, com determinados valores associados ao ethos das classes médias, favorecendo processos de individuação, investimentos em si mesmo, aumento de capital cultural, produtividade e renda e, conseqüentemente, ampliação da inserção na sociedade de consumo (desejos socioculturais amplamente partilhados). Ao fim da conversa, o caso pareceu exemplificar bem que a pessoa que buscou a psicanálise já estava, dentro de seus limites, em uma rota de mobilidade social ascendente.

A afirmação de que pobres não procuram a psicanálise está ancorada em fatos históricos concretos inegáveis e também em aspectos da trajetória de pesquisa da professora Paula Montero que podem contribuir para a reflexão aqui proposta. Montero graduou-se em Ciências Sociais e Psicologia na França, ao final da década de 1970. Por intermédio de seu professor Roger Bastide, aproximou-se das religiões de matriz africana, tornando a religião seu tema central para pensar questões mais amplas da formação da sociedade brasileira.

Em seu doutoramento, publicado no livro *Da doença à desordem* (Montero, 1985), em uma perspectiva inspirada em Antonio Gramsci, a religião foi compreendida como uma expressão fundamental da cultura das classes populares. Tomando a umbanda como recorte empírico, Montero procurou compreender como religião produzia uma noção de si mesmo para os adeptos, conforme relatou em entrevista recente:

“Vi ali uma espécie de psicanálise das classes populares, a construção de uma linguagem com a qual era possível transformar os conflitos pessoais em uma narrativa cosmológica que lhes desse sentido e direção. Era o poder da organização de si e do mundo pela mitologia. As camadas médias se deitavam no divã e, por meio de uma linguagem mais escolarizada e reflexiva, faziam o escrutínio da sua subjetividade, construía o “mito de si mesmo”, de sua pessoa. As camadas populares, por sua vez, tinham à sua disposição mitologias coletivas de que podiam lançar mão e que podiam modelar para falar de seus problemas. O repertório, evidentemente, é outro: a linguagem do ego, da culpa, dos medos não está presente. Os personagens míticos mobilizam, com base em características próprias, um outro universo de possibilidades para falar de si: o preto-velho, a humildade, a resiliência no sofrimento, a sabedoria; as entidades indígenas, a liberdade, a valentia e altivez; os exus, a malícia”. (MONTERO apud NAGAMINE; SILVA 2024, p. 11)”.

Seu ponto de vista é bastante coerente quando considerado a partir de um recorte histórico e empírico específicos. Contudo, as transformações ocorridas nas últimas décadas, tanto na estrutura das classes sociais quanto no lugar ocupado pela religião e pela psicanálise na sociedade brasileira, recolocaram os termos dessa equação.

Embora exista uma inequívoca proximidade histórica entre a psicanálise e as camadas médias e altas, há também sinais consistentes de sua popularização, por razões que precisam ser analisadas, tais como, a ampliação dos dispositivos de baixo custo e a procura massiva de psicoterapias por todas as classes sociais a partir da onda contemporânea irrefreável de psiquiatrização e medicalização dos sujeitos. É comum que médicos psiquiatras indiquem as psicoterapias como um complemento necessário ao medicamento, o que tem fomentando a demanda por atendimentos em diversas linhas terapêuticas, inclusive a psicanálise.

Além disso, as religiões tampouco se encontram restritas às camadas populares, não constituindo, em hipótese alguma, um saber exclusivo de incultos. Os diversos repertórios mitológicos continuam desempenhando funções organizadoras para sujeitos pertencentes a diferentes classes sociais. Ademais, embora religião e psicanálise possam concorrer em determinados planos — produzindo tensões, disputas e formas de oposição enquanto práticas de cura e salvação —, em outros aspectos, justamente por operarem segundo lógicas distintas, coexistem de maneira frequentemente pacífica e complementar. Católicos, evangélicos, espíritas e umbandistas procuram a psicanálise e se deitam no divã, o que indica que ela não se encontra restrita a uma classe média escolarizada e secularizada.

Para formular de modo mais preciso a questão que orienta este trabalho, gostaria de recorrer a uma segunda interação que efetuei, desta vez ocorrida no interior do setting analítico, com outra cientista social. A analisanda era uma mulher negra, oriunda da periferia, mas em posição atual de classe média, atuando como servidora pública.

Em determinado momento, a analisanda formulou a seguinte afirmação em tom levemente interrogativo, como se solicitasse minha confirmação enquanto psicanalista: “quanto maior a precariedade social do sujeito, quanto mais marcadores sociais de desprivilegio um sujeito carrega em seu corpo, maior é o seu sofrimento psíquico”. Nessa linha argumentativa, uma mulher pobre, negra, lésbica e com deficiência, por exemplo, constituiria um sujeito exemplar de sofrimento psíquico intenso. A analisanda acrescentou ainda algo como: “você, como psicanalista, deve saber perfeitamente disso, melhor do que eu”.

Mais uma vez, encontrava-me diante de uma afirmação cuja racionalidade histórico-sociológica eu compreendia perfeitamente. Certamente existe uma relação entre precariedade social, intersecção dos marcadores sociais da diferença e sofrimento. Contudo, enquanto psicanalista, eu não poderia simplesmente endossá-la, pois a experiência clínica apresenta inúmeros casos que a complexificam. Medir sofrimento não é uma tarefa simples, e talvez sequer seja possível. Além disso, a experiência do consultório demonstra que privilégios sociais não se traduzem em ausência de sofrimento: os ricos também choram, ainda que em ambientes confortáveis e sofisticados.

Essas duas interações me interpelaram a refletir sobre o problema da classe social na clínica psicanalítica contemporânea. Se é verdade que hoje a psicanálise atravessa diferentes classes sociais, como pretendo argumentar, torna-se necessário compreender de que modo isso tem ocorrido e quais são os efeitos concretos desse processo no setting. A popularização de uma prática originalmente forjada para atender setores burgueses produziria transformações na clínica voltada às camadas populares? Gera resistências ou ruídos específicos? Além disso, em que medida a posição de classe modula as formas de sofrimento que emergem no espaço analítico?

As perguntas postas para esta reflexão me levaram a caminhos não previstos anteriormente. Na primeira parte do texto, investigo a relação entre psicanálise e um certo elitismo, como Freud definiu o lugar do dinheiro no tratamento analítico e por consequência, confirmou as classes médias e altas como público alvo da psicanálise (em certo momento histórico). Na segunda parte, faço menção a um período (o entre guerras) em que a psicanálise atuou no avesso desse elitismo, quando suas preocupações sociais norteariam iniciativas pouco conhecida. Na terceira parte, falo sobre a dualidade sociológica da psicanálise: i) um saber adaptativo às normas, apolítico e focado no intrapsíquico, mas também ii) um saber crítico, ciente do papel do social no sofrimento e com intenção emancipatória. Na quarta e quinta parte, a partir de dados mais etnográfico, falo brevemente sobre as motivações das clínicas sociais, onde atuo como psicanalista. Após essa longa volta, por fim, retomo a questão da diferença de classe e o sofrimento psíquico.

Para elaboração deste texto, além de as referências bibliográficas pertinentes ao debate, tomo minha própria trajetória como psicanalista como objeto de investigação etnográfica. Além da experiência acumulada em minha clínica particular, atendo desde 2014, mobilizo dados provenientes de supervisões individuais e coletivas que ministrei,

grupos de estudo, fóruns de debate e conversas informais com outros psicanalistas. Vamos iniciar esta reflexão considerando brevemente a historicidade da questão: a relação entre a psicanálise, heterogeneidade (ou homogeneidade) de classe e o dinheiro.

Psicanálise e elitismo

A psicanálise nasceu na passagem do século XIX para o século XX, em Viena, tendo Sigmund Freud (1856-1939) como seu principal formulador, em resposta às formas de sofrimento psíquico características de seu tempo, cuja expressão clínica mais emblemática era a histeria feminina. Como amplamente reconhecido pela historiografia da psicanálise, esta tratava-se de uma prática clínica acessível sobretudo às elites burguesas e intelectualizadas, únicas capazes de arcar com os custos de um tratamento que estava sendo formulado por um grupo relativamente restrito de médicos em seus consultórios particulares e institutos médicos.

Os casos clássicos publicados por Freud oferecem uma visão privilegiada do perfil social de seu primeiro público: uma elite urbana, culta, com tempo livre e economicamente favorecida. Anna O. (Bertha Pappenheim) (Freud, 2016 [1893-1895]) pertencia a uma família judaica extremamente rica e tradicional, ligada ao comércio e à indústria têxtil. Recebeu uma educação refinada, era poliglota e possuía ampla formação cultural. Dora (Ida Bauer), outro caso clássico (Freud, 2016 [1905]), também provinha de uma família judaica da alta burguesia vinculada ao setor têxtil. O Homem dos Ratos (Ernst Lanzer) (Freud, 2013 [1909]) era jurista e funcionário público, oriundo de uma família economicamente confortável, proprietária de terras. O Homem dos Lobos (Sergei Pankejeff) (Freud, 2010 [1914]) descendia da aristocracia rural russa e era herdeiro de vastas propriedades. O Pequeno Hans (Herbert Graf) (Freud, 2015 [1909]) era filho de um musicólogo inserido nos círculos culturais mais prestigiados de Viena. Entre os pacientes e colaboradores próximos de Freud esteve ainda Marie Bonaparte, princesa descendente de Napoleão Bonaparte, herdeira de grande fortuna, posteriormente psicanalista e responsável por importantes iniciativas de difusão e tradução da obra freudiana na França. Assim, os primeiros pacientes de Freud provinham de famílias aristocráticas e industriais, empresários, altos funcionários do Estado, profissionais liberais, evidenciando a forte inserção inicial da psicanálise nos estratos superiores da Europa central.

Freud era neurologista e a difusão inicial da psicanálise ocorreu principalmente por meio de redes médicas compostas por neurologistas e psiquiatras. Embora, desde cedo, não médicos também tenham passado a exercê-la — casos de Theodor Reik, Otto Rank, Anna Freud e Lou Andreas-Salomé —, sua proximidade com a medicina contribuiu para consolidá-la como uma prática associada às classes médias e altas. Mesmo no Brasil, como argumenta Rafael Alves Lima (2024), a psicanálise se difundiu inicialmente entre setores urbanos dotados de elevado capital cultural, especialmente elites médicas, intelectuais e universitárias concentradas em centros como São Paulo e Rio de Janeiro.

Ao longo do século XX, a psicanálise, enquanto um conjunto teórico sistemático acerca da subjetividade, do inconsciente e da sexualidade exerceu forte atração sobre intelectuais e artistas. Esse foi um terreno particularmente fértil para os intercâmbios estabelecidos entre a psicanálise e a literatura, a filosofia, as artes plásticas, o cinema e as ciências sociais, entre outras áreas. A psicanálise frequentemente foi associada a um marcador simbólico de distinção intelectual das classes médias-altas escolarizadas. Não por acaso, diversos filmes de Woody Allen retratam personagens urbanos, abastados e culturalmente sofisticados frequentando consultórios psicanalíticos ou convivendo socialmente com analistas, nas grandes cidades norte-americanas e europeias.

Desde sua emergência até os dias atuais, o custo do tratamento permanece um dos principais fatores que restringem o acesso da psicanálise às camadas médias e altas. No tempo de Freud, era comum que um mesmo paciente realizasse sessões diárias ao longo da semana. Atualmente, são raríssimos os casos em que analisandos comparecem mais de uma vez por semana, o que certamente alterou o ritmo do tratamento, ampliou sua duração e permitiu uma abertura relativa a públicos socialmente mais diversos. Ainda assim, o valor de recebimento esperado por muitos psicanalistas por sessão ou por mês de tratamento continua representando um custo elevado para a maioria da população, contribuindo para que a psicanálise permaneça socialmente associada a um serviço caro.

As características clássicas do próprio tratamento psicanalítico também podem funcionar como elementos de seletividade social. Trata-se de uma prática centrada na fala do paciente, na elaboração reflexiva sobre si e sua história e na sustentação de um vínculo particular com um profissional treinado para escutar de modo singular, intervir pontualmente somente sobre o que for relevante para a análise e abster-se de satisfazer

diretamente as demandas que lhe são dirigidas. Esse enquadre tende a ser mais convidativo a sujeitos altamente escolarizados, reflexivos, demandantes de autonomia e menos pressionados por urgências materiais imediatas.

Essa técnica foi se constituindo ao longo de experimentações clínicas, sendo a obra de Freud uma verdadeira documentação desse processo. Para entender a relação histórica da clínica psicanalítica com o dinheiro e certa escolha por um extrato social, importante considerar um texto de 1913 intitulado *O início do tratamento* (Freud, 2010 [1913]). Nele, o autor apresenta uma série de recomendações técnicas para a condução da análise, discute temas como “entrevistas preliminares”, “associação livre”, “transferência” e “uso do divã”. Além disso, define o “pagamento” como um elemento fundamental do enquadre analítico.

Freud não recomenda que a psicanálise se organize para atendimentos filantrópicos, embora reconheça já ter reservado parte de seu tempo com esse fim. O pagamento constitui o meio de subsistência do analista e, portanto, este deve ser adequadamente remunerado por seu trabalho. Além disso, ele argumenta que o dinheiro, assim como a sexualidade, costuma ser tratado socialmente com hipocrisia e moralismo. Cabendo ao analista, por razão ética, falar francamente sobre os honorários que espera receber e assumir sem constrangimento o valor de seu trabalho.

Para Freud, o dinheiro possuiria ainda uma função específica no tratamento. Como afirma: “como se sabe, o valor de um tratamento não é aumentado aos olhos do paciente quando se cobra bem pouco por ele” (Freud, 2010 [1913] pg. 176). Assim, o pagamento contribuiria para a valorização subjetiva do processo analítico e para uma maior implicação do paciente em seu próprio tratamento. Dispendir recursos financeiros tornar-se-ia um incentivo para a resolução de suas questões.

Freud sustenta também que o atendimento gratuito poderia produzir dificuldades técnicas específicas: favorecer sentimentos transferenciais de gratidão, dívida ou sedução, interferindo no tratamento. O pagamento, por sua vez, ajudaria a estabelecer uma relação mais neutra, permitindo que os afetos transferenciais emergissem ao longo do processo clínico, e não como um dado prévio. Nesse aspecto, Freud demonstra como o dinheiro e o pagamento também são meios de expressão da transferência.

Ainda no texto citado de 1913, com relação às camadas populares, Freud afirma que o tratamento psicanalítico é, de fato, custoso, não vislumbrando, naquele momento, uma solução capaz de torná-lo amplamente acessível. Além disso, sustenta que aqueles que se encontram envolvidos na luta imediata pela sobrevivência material tenderiam a adoecer menos de neurose. E, quando adoecem, seriam pacientes de tratamento mais difícil, pois obteriam por meio da neurose um ganho secundário: a piedade e a atenção que não despertam por sua condição de pobreza seriam alcançadas pela doença. Em contraste, Freud argumenta que, para as camadas médias, o custo da análise apenas aparentemente seria elevado, pois o tratamento é um investimento valioso na saúde psíquica.

As recomendações formuladas por Freud em 1913 parecem ter influenciado profundamente o *modus operandi* da clínica psicanalítica desde então. O dinheiro continua desempenhando muitas das funções que ele lhe atribuiu: é um item fundamental do enquadre, valoriza simbolicamente o trabalho analítico, possui um efeito regulador, favorece a implicação do paciente no tratamento e contribui para organizar a relação transferencial. Embora o alto custo de manutenção de uma clínica psicanalítica continue constituindo um obstáculo importante para a ampliação do seu acesso às camadas populares, a história posterior da psicanálise demonstrou que diferentes iniciativas buscaram enfrentar, ao menos parcialmente, essa limitação.

Psicanálise e clínicas públicas: um hiato esquecido na história

Há uma outra história da psicanálise, durante muito tempo relativamente obscurecida, que vem sendo recuperada por pesquisas historiográficas recentes (Gabarron-Garcia, 2023; Danto, 2019). Entre a Primeira e a Segunda Guerra Mundial, a psicanálise assumiu uma direção parcialmente distinta daquela expressa por Freud em seu texto citado de 1913.

Em 1918, Freud apresentou uma conferência no V Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste, posteriormente publicada sob o título *Caminhos da terapia psicanalítica* (Freud, 2010 [1919]). O texto reflete os impactos da Primeira Guerra Mundial: a crise social profunda, os traumas produzidos pelo conflito e a

ampliação da demanda por cuidados em saúde mental. A devastação da Europa fortaleceu o debate sobre o papel público da medicina e das políticas de assistência social. No bojo desse processo, a psicanálise foi convocada a contribuir para a resolução de problemas coletivos, inaugurando uma nova etapa de sua inserção nas grandes cidades europeias.

Dois argumentos presentes nesse texto de 1919 de Freud são particularmente relevantes. Em primeiro lugar, Freud afirma que o cuidado com a saúde mental é tão importante quanto o cuidado com a saúde física:

“O pobre tem tanto direito ao auxílio psíquico quanto hoje em dia tem a cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo” (Freud, 2010 [1919], pg. 291)

Em segundo lugar, o pai da psicanálise sustenta que ela deveria estar presente em ambulatórios e clínicas públicas. Há, portanto, uma mudança significativa de perspectiva. O tratamento gratuito deixa de aparecer apenas como um gesto filantrópico e passa a ser concebido como um direito social. A consciência da urgência do tratamento psíquico levaria a mudanças no futuro breve:

“Então serão construídos sanatórios ou consultórios que empregarão médicos de formação psicanalítica, para que, mediante a análise, sejam mantidos capazes de resistência e de realização homens que de outro modo se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento. Esses tratamentos serão gratuitos” (Freud, 2010 [1919], pg. 291).

Assim, Freud inaugura uma discussão que ainda é atual: a formulação de políticas públicas de saúde mental, a ampliação do acesso ao tratamento e a democratização da clínica. Tais preocupações emergem em um contexto marcado pela pobreza, pelos traumas coletivos de guerra e pela necessidade de reconstrução do tecido social europeu. Além disso, Freud admite que a expansão da psicanálise poderia exigir adaptações técnicas. Sem abandonar os princípios fundamentais do método — especialmente a interpretação da transferência e resistência —, considera que elementos

de sugestão, direção, apoio e educação poderiam ser incorporados em determinados contextos clínicos.

O discurso de Freud não permaneceu sem consequências práticas e históricas. Em seu livro *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social* (1918-1938), Elizabeth Ann Danto (2019) recupera essa época experimental frequentemente esquecida da história da psicanálise. Segundo a autora, Freud e parte significativa da primeira geração de psicanalistas estiveram envolvidos em um projeto de expansão do atendimento psicanalítico para além das elites burguesas. Entre o final da Primeira Guerra Mundial e a ascensão do nazismo, foram criadas doze clínicas públicas em cidades como Viena, Berlim, Budapeste, Londres, entre outras, oferecendo atendimento gratuito ou de baixo custo para operários, desempregados, mulheres pobres, crianças e outros grupos socialmente vulneráveis. Essas clínicas funcionavam também como institutos de formação, no quais psicanalistas experientes ensinavam e atendiam novos profissionais gratuitamente. Estes por sua vez atendiam gratuitamente os populares, fechando um círculo de troca em um clínica-escola.

O contexto político desempenhou um papel importante nesse processo. O pós I Guerra foi marcado pelo colapso dos grandes impérios europeus, pela expansão da social-democracia e pela implementação de políticas de bem-estar social em algumas regiões. Experiências como a Viena Vermelha e a República de Weimar constituíram ambientes particularmente favoráveis ao desenvolvimento dessas iniciativas públicas. Diversos psicanalistas do período mantinham vínculos com correntes progressistas (socialistas, comunistas e social-democratas) e compartilhavam a convicção de que o tratamento psicanalítico deveria alcançar setores mais amplos da população. Acreditava-se no papel da psicanálise libertando o sujeito de opressões de toda ordem, inclusive sexual.

Essas clínicas também funcionaram como laboratórios de experimentação e inovação técnica. Nelas foram desenvolvidas práticas então pouco usuais, como o atendimento infantil, orientação familiar, intervenções breves e formas de trabalho comunitário. Diversas dessas experiências influenciaram posteriormente a elaboração teórica de autores como Sandor Ferenczi, Wilhelm Reich, Anna Freud e outros analistas que ampliaram a seu modo os limites do enquadre clássico.

Entretanto, esse movimento foi abruptamente interrompido. A ascensão do fascismo e do nazismo levou à perseguição de judeus, ao fechamento de instituições psicanalíticas e ao exílio de grande parte dos analistas europeus (majoritariamente judeus). Após a Segunda Guerra Mundial, especialmente com a transferência do centro da psicanálise para os Estados Unidos e Inglaterra, consolidou-se progressivamente um modelo mais medicalizado, privatizado e associado aos consultórios particulares. Nesse processo, a memória das experiências das clínicas públicas foi sendo gradualmente eclipsada, contribuindo para a consolidação da imagem da psicanálise como uma prática predominantemente voltada às classes médias e altas. No contexto da Guerra Fria que se seguiu, a psicanálise voltou-se sobretudo para questões intrapsíquica, assumindo também uma imagem pública apolítica.

A natureza sociológica da psicanálise: entre a adaptação e a crítica social

Florestan Fernandes (1980) argumenta que as correntes teóricas da sociologia não devem ser compreendidas apenas como fundadas em diferenças conceituais abstratas. De outro modo, as orientações assumidas pela própria disciplina, isto é, tendências teóricas voltadas ao entendimento da adaptação e conservação da ordem social, ao lado de perspectivas críticas e transformadoras, em verdade, revelam as tensões e os conflitos da vida social concreta.

Essa dualidade de base social da sociologia explicitada por Florestan pode se mostrar heurística para entendermos a própria natureza sociológica da psicanálise. Em artigo recente sobre o livro *A burrice do demônio*, de Hédio Pellegrino (2026), Vladimir Safatle (2026) faz uma afirmação que dialoga diretamente com as questões discutidas neste trabalho, que faz lembrar os argumentos do sociólogo citado:

“Desde seu início, a psicanálise tem uma dupla cabeça. A primeira olha para sua inserção social enquanto prática de adaptação a horizontes normativos em colapso. Ela se alegra em ser uma prática de escuta das elites globais em sua tentativa de lidar melhor com os males que as afligem. Essa cabeça está entre nós até hoje, ainda mais neste momento, no qual a psicanálise é convocada para, mais uma vez, ocupar espaços no debate da cultura, principalmente para promover a “escuta” em um mundo

onde nos querem empurrar as lágrimas da pretensa “ausência de diálogo” que marcaria nossa época” (Safatle, 2026, pg. 54).

Essa primeira “cabeça” é o que poderíamos chamar de paradigma dominante da psicanálise: uma prática voltada principalmente para o sofrimento psíquico das classes médias e altas e para os processos de adaptação subjetiva às transformações e crises do capitalismo contemporâneo.

Contudo, desde as experiências das clínicas públicas do período entre guerras, mas também a partir de práticas remontam os anos 1970 no Brasil e Argentina, também é possível identificar uma outra tradição psicanalítica, marcada por aspirações reformistas ou mesmo emancipatórias, mais sensível às determinações sociológicas do sofrimento. Como complementa Safatle:

“No entanto, sempre houve uma segunda cabeça que procurou vocalizar a consciência de que procurar adaptar sujeitos a uma sociedade doente é só uma maneira, ainda mais brutal, de adoecê-los. Essa segunda cabeça, muitas vezes, se voltou às periferias dos grandes centros para permitir que a psicanálise se tornasse uma arma contra uma ordem social opressiva” (idem, ibidem).

Com tal argumento, Safatle apresenta a atuação do psicanalista Hélio Pellegrino, frequentemente referido como uma das figuras pioneiras no entendimento de como as estruturas sociais produzem sofrimento psíquico e como a psicanálise pode contribuir para a crítica social. Com efeito, fazendo concordar os argumentos de Florestan Fernandes e Safatle, é possível identificar os desdobramentos das contradições da sociedade sobre a psicanálise em pelo menos em dois planos (material e político).

Em primeiro lugar (material), a estratificação social dos psicanalistas encontra correspondência na própria estrutura do campo psicanalítico. Escolas mais prestigiadas e com formação tida como mais legítimas tendem a se concentrar nos estratos sociais mais elevados. E, portanto, são escolas de mais difícil acesso, cujos profissionais formados atendem as classes mais abastadas. As demais instituições com menos prestígio relativo, por sua vez, estabelecem relações mais próximas com segmentos intermediários ou populares da sociedade.

Em segundo lugar (político), as contradições manifestam-se no plano das orientações da prática clínica. De um lado, encontram-se correntes mais voltadas para a adaptação do sujeito às condições existentes da vida social, realizando-se um foco no intrapsíquico. De outro, desenvolvem-se perspectivas que enfatizam o potencial crítico da psicanálise, buscando compreender o sofrimento psíquico em suas relações com processos sociológicos, desigualdades, hierarquias e formas de dominação.

Evidentemente, as duas cabeças nesse caso são apenas tipos ideais úteis à análise. Na prática, as diferentes tradições psicanalíticas costumam combinar, em graus variados, elementos de ambas as posições.

Clinicas sociais no Brasil

A noção de clínica social não constitui uma novidade no Brasil, mas remete a experiências desenvolvidas ao longo de várias décadas. O psicanalista Hélio Pellegrino é frequentemente lembrado como uma referência pioneira nesse campo, tanto por sua participação em experiências de atendimento psicanalítico acessível quanto por sua defesa de uma psicanálise comprometida com os problemas sociais brasileiros. Nas primeiras décadas do século XXI, observa-se a proliferação de diferentes dispositivos clínicos voltados à ampliação do acesso à escuta psicanalítica, oferecendo atendimento gratuito ou a baixo custo para setores populares. Tais iniciativas não constituem um conjunto homogêneo, seja em relação às suas denominações, seja quanto aos seus objetivos institucionais e políticos. Nesse universo podem ser incluídas clínicas sociais vinculadas a institutos de formação, clínicas públicas associadas a universidades, coletivos periféricos e experiências clínicas desenvolvidas em espaços públicos ou comunitários.

Minha atuação como psicanalista se iniciou por uma clínica social. Sou formado pelo Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicanalíticas, localizado no bairro de Vila Mariana em São Paulo, e iniciei minha atuação em 2014 na Clínica Ana Joaquina, vinculada ao Sindicato dos Psicanalistas do Estado de São Paulo. Esta clínica também está localizada na Vila Mariana, funciona desde 2001, possuindo atualmente mais de 100 psicanalistas parceiros, que atuam na lógica da clínica social.

A clínica social que pratico não abandona o raciocínio desenvolvido por Freud em seu texto de 1913 sobre o papel do pagamento: ele produz simultaneamente valorização e estrutura o enquadre no tratamento analítico. O diferencial é que o valor da sessão adquire maior elasticidade. Em geral, pergunta-se ao paciente o quanto ele pode investir em sua análise: um valor que esteja dentro de seu orçamento, condizente com sua posição na estrutura produtiva, mas que também represente um investimento significativo para ele. Essa lógica cria abertura para uma maior heterogeneidade de classes sociais no interior da clínica.

A partir de minha própria experiência, tomada como dado etnográfico, identifico quatro motivações que sustentam a clínica social a que faço parte.

A primeira delas certamente é a ideia de justiça social. Trata-se da convicção política de que todos deveriam ter acesso à psicanálise por um valor compatível com sua realidade econômica. Ademais, há a intenção de que a ampliação desse acesso produza efeitos positivos não apenas para os indivíduos atendidos, mas para a sociedade como um todo.

A segunda motivação é bastante pragmática, no sentido de formação. Para os institutos de psicanálise, a clínica social é fundamental para viabilizar os estágios iniciais da profissão. Estabelece-se uma espécie de contrapartida: por um lado, oferece-se atendimento a preços acessíveis; por outro, cria-se um espaço no qual novos psicanalistas possam começar sua atuação clínica, algo indispensável para sua formação.

Uma terceira motivação é estratégica em um sentido simbólico amplo. A expansão das clínicas sociais contribui para conferir relevância pública à psicanálise, fortalecendo sua imagem como modalidade legítima e eficaz de tratamento. Ao mesmo tempo, fortalece os nomes da clínica e dos institutos de formação vinculados a ela.

Por fim, uma quarta motivação, a razão de mercado. Há um amplo nicho a ser explorado por um serviço que historicamente esteve concentrado nas classes médias e altas. Nesse aspecto, é possível traçar um paralelo com processos como a expansão da bancarização ou da telefonia móvel, que durante muito tempo permaneceram restritos aos altos segmentos sociais e posteriormente encontraram grande potencial de crescimento junto às camadas populares.

Sufrimento e classes sociais

Por fim, cabe retomar questão da diferença de classes sociais no setting analítico e sua articulação com a questão do “pagamento”, a modulação do sofrimento psíquico, a determinação de queixas e a configuração da relação com o psicanalista.

Em linhas gerais e com intenção puramente analítica, convém produzir, com base na empiria de minha carteira de atendimento, caracterização de três classes sociais que estão presentes com mais premência no meu consultório: a classe média alta, a classe média com mobilidade social e a classe popular (de pouca mobilidade). Neste trabalho, a definição de fronteira entre elas não é dada por dados quantitativos, já que não possuo informação concreta de renda e bens de meus analisandos. De outro modo, essa classificação está fortemente amparada em minha percepção subjetiva, que aqui tomo como dado etnográfico.

A classe média alta em questão é composta por pessoas que desfrutam de relativo conforto financeiro sustentado por patrimônios e recursos acumulados ao longo de gerações. Esse é um diferencial importante: a posição social está dada pela origem familiar. Já o segundo grupo de analisandos, a classe média com mobilidade social de ascensão é formada por sujeitos que frequentemente estudaram mais do que seus pais, conquistaram posições profissionais mais qualificadas e realizam trajetórias de mobilidade social. Entendo este grupo em uma perspectiva alargada, comportando pessoas de uma classe média alta à baixa, sendo o fator determinante o movimento de ascendência social com relação à origem (e o risco permanente de regressão). Por fim, atendo sujeitos oriundos de uma classe popular, marcada por condições de precariedade social, trabalho mal remunerado, baixa escolaridade e pouca possibilidade de mobilidade social.

No caso da classe média alta, a questão do pagamento costuma operar de forma relativamente previsível. Geralmente, o valor estipulado pelo psicanalista para a sessão é pago sem dificuldades e os reajustes seguem uma dinâmica estável. Essa camada acaba tendo uma função simbólica pouca dita, ela confirma o valor cheio da sessão a que o psicanalista consegue cobrar no mercado, no momento presente.

No tratamento dessa classe, o dinheiro aparece frequentemente como um tema importante, articulado à história familiar e à constituição subjetiva desses pacientes. Não raro, o sofrimento dos jovens adultos dessa classe está relacionado à dificuldade de

lidar com formas persistentes de dependência (econômica, afetiva e de aprovação) em relação ao poder familiar. Esse poder, geralmente paterno, frequentemente se manifesta por meio de riscos de desaprovações e ameaças sutis de sansão econômica. A recente novela global *Vale tudo* forneceu um bom exemplo do que pode se desenhar nas famílias com mais posses. A matriarca Odete Roitman, que parecia exercer o papel paterno, ela era viúva, visava ter o completo poder sobre a vida financeira, amorosa e profissional de seus filhos. O papel materno estava delegado à sua irmã (tia Celina), que também estava sob a autoridade e dependência de Odete. Assim, como nesse exemplo ficcional, dinheiro, influência social e profissional e pertencimento familiar podem se tornar elementos inseparáveis nessa classe. Como a reprodução autônoma individual da posição de classe alta costuma demandar mais tempo — o pintinho de elite demora cada vez mais para se torna galo —, a dependência se prolonga na vida adulta e produz angústias específicas: a contradição entre obediência afetiva e medo de privação, por um lado, e o desejo de liberdade de escolhas, por outro.

Também observo com frequência uma forte presença de ideais de perfeição mais agudos nessa classe. Muitos desses pacientes apresentam um superego rígido, frequentemente projetado em seus pares sociais, grupos de amigos e redes de convivência construídas desde a infância, que passam a exercer formas de controle (alter-dirigidos) e medidas de toda ordem (status marcados pelo sucesso profissional, financeiro, matrimonial, patrimonial, cultural e estético-físico). Há um rigor disciplinar de classe estabelecido visando o acúmulo e a concentração de capitais de toda ordem. Nesses casos, o atendimento psicanalítico contribuí na construção de um espaço subjetivo próprio do analisando em sua singularidade para muitas vezes se opor a expectativas externas (familiares e do círculo próximo) que frequentemente influenciam organizando ou mesmo determinando trajetórias individuais. Nesse caso, visa-se lidar cada vez mais com a angústia de não atender todas essas expectativas (de classe) e ainda assim manter o pertencimento social na singularidade.

No caso da segunda camada, a classe média com mobilidade social de ascensão — categoria que utilizo aqui em sentido bastante amplo, como dito acima — a questão da definição do pagamento costuma ser mais dinâmica. É verdade que muitos desses pacientes que procuram a clínica social poderiam ir diretamente a um analista particular, pois o valor que propõem não é tão díspare em comparação ao que o analista espera receber. Contudo, frequentemente tais analisandos receiam os custos envolvidos e

encontram maior conforto indo a uma clínica social. Ademais, dada a posição social dessa camada, é comum que o valor pago se modifique bastante ao longo do tratamento. À medida que o paciente se sente acolhido e passa a atribuir maior valor à análise, muitas vezes ele próprio faz reajustes, possivelmente mais compatíveis com sua real capacidade financeira. Ou ainda, isso se torna possível pela sua própria ascensão de classe já em curso.

Na relação de atendimento com esse segmento social a busca por um valor justo para ambas as partes se torna uma questão importante e mais explícita de ponto de partida. Encena-se desde as primeiras sessões, mas também permanentemente ao longo do tratamento, uma luta sutil entre os pares pela definição de um valor de pagamento, algo que envolve uma constante representação do valor de si e do trabalho da análise. Quando o elástico se torna excessivamente tensionado para o analisando — isto é, quando o valor da sessão pesa demais — o tratamento tende a se tornar inviável. De outro modo, quando ocorre o contrário e o valor pago se torna muito baixo em relação às condições materiais concretas do analisando surge um mal-estar para o analista (contratransferência negativa: um sentimento de estar sendo abusado). Nesses casos, reajustes tornam-se necessários para preservar uma tensão produtiva e justa na relação analítica.

Há uma dimensão específica do sofrimento dessa classe que é particularmente interessante para esta reflexão. Muitas vezes o que traz o analisando para a clínica é uma queixa que ele muitas vezes tem dificuldade de nomear, que se inicia com uma angústia em certos momentos ou situações, um frio na barriga, uma insegurança linguística, uma vontade de fuga, uma dúvida de sua capacidade produtiva, um medo de ser descoberto ou desmascarado, que se traduz num resultado final do questionamento do seu valor como ser humano. É comum que alguns traduzam essa mal estar recorrendo a um termo da moda: a “síndrome do impostor”, a sensação de estar no lugar errado e prestes a ser desmascarado e excluído.

Nesse caso, o que ocorre é propriamente um sofrimento vinculado a descompassos no plano do *habitus* (disposições incorporadas). Como é comum na biografia de sujeitos que cruzam classe, teorizado por Bourdieu (2007), e bem exemplificado nas literaturas de Annie Ernaux (2021) e Édouard Louis (2025), o *habitus* adquirido na infância, na família e local de origem, muitas vezes é insuficiente para atender as demandas nos ambientes de destino, que exigem provas mais rígidas de capitais (conhecimento escolar e artístico, maneirismos de linguagem, norma culta, forma polida

de falar, manejo adequado de registros linguísticos no ambiente devido, modos à mesa, corporalidade contida mas assertiva, domínio da moda adequada, marcas de higiene, etc.).

Diante dessa queixa, cabe investigar em um tratamento analítico a relação com o polo de saída. Pode haver um apego inconsciente a algo do ambiente de origem, um sentimento de culpa ou traição em relação àqueles que permaneceram de onde se veio, uma não autorização que pode ter raízes nos complexos paterno, materno ou de irmãos. É necessário verificar o preço que se pagou por sair do rebanho e o desejo ou medo de retornar. Muitos analisandos procuram a psicanálise justamente para elaborar esse sofrimento ligado à experiência de cruzamento de classe. A análise pode ajudar justamente na elaboração das fantasias inconscientes da travessia e na confirmação de capitais suficientes para realiza-lo.

Já no trabalho com sujeitos oriundos das classes populares, o atendimento somente se torna possível devido à flexibilização de valor que a clínica social permite. Se a classe média alta serve para mostrar o limite maior de ganho do psicanalista por sessão, a classe popular mostrar o oposto, qual é o limite de menor ganho que um psicanalista suporta para trabalhar. Além disso, diferentemente da segunda camada analisada, o horizonte de ampliação do valor pago de início do tratamento pela classe popular tende a ser mais limitado. Vale lembrar que o próprio psicanalista está submetido também às pressões materiais de sua existência, sendo inegavelmente mais confortável do ponto de vista financeiro atender analisandos das classes médias e altas. Por isso mesmo, muitas vezes, nas clínicas sociais, são psicanalistas recém-formados que tendem a atender pacientes das classes mais baixas que pagam um valor menor.

A motivação subjetiva para o atendimento nesse caso não é definida pelo fator financeiro. Contudo, ganhos de outra ordem podem ser obtidos nesse trabalho: a realização do valor de justiça social (em uma sociedade muito desigual como a brasileira); um entendimento mais amplo das possibilidades e limites da psicanálise e seu método clássico para diferentes públicos; a tomada de consciência de valores e pressupostos que não viriam à tona quando no atendimento das camadas altas; e por fim, um exercício mais radical de alteridade de classe.

Geralmente, dada a posição social de classe média (ou média-alta) dos psicanalistas, há um alinhamento cultural evidente entre esses e os segmentos sociais mais altos em relação a valores como realização profissional, autodeterminação de si,

autonomia individual e desejo de aumento de padrão de consumo. Isso se torna mais explícito quando o psicanalista se dedica a escuta de sujeitos pertencentes a outras realidades sociais.

A questão material se coloca de maneira complexa no atendimento dessa camada. Em certos casos, a questão financeira pode ser uma queixa que demanda uma resolução imediata. Por exemplo, uma mulher sem atividade econômica e vítima de violência doméstica, ou uma pessoa lgbt que foi expulsa de um lar evangélico, casos em que se a análise não pode resolver por si mesma essa urgência material, certamente pode ser um local para se pensar possibilidades e servir de apoio para lidar com as angústias envolvidas nessa jornada. Vale lembrar, que “amar” e “trabalhar” são princípios fundamentais da psicanálise (Freud, 2018 [1937]), temas importantes sempre presentes nas queixas dos pacientes e medidas indicativas de tratamentos bem sucedidos. Compreender as razões para uma não fluência no âmbito do trabalho é um tema importante no atendimento de qualquer classe social, tornando-se um item ainda mais importante no tratamento das camadas populares, quando a queixa de fato passa pelo âmbito do trabalho e das finanças.

Contudo, é um grande equívoco – bastante comum, que confesso já ter cometido –, supor que o principal sofrimento de um sujeito da classe popular seja a falta de dinheiro ou sua atividade econômica mal remunerada. De outro modo, o analisando pode expressar estar relativamente confortável com sua posição material, não desejando de ponto de partida fazer disso um tema de análise. O que pode ferir a sensibilidade de classe média do analista. Contudo, cabe ao psicanalista ouvir a queixa que traz a pessoa à clínica, que pode passar muito longe da questão material, por óbvio.

Isso certamente exige do analista um exercício de presença humana mais atenta: permanecer junto à experiência da escassez (material, cultural) sem transformá-la imediatamente em um problema a ser corrigido. Habitar esse espaço sem a urgência de convertê-lo em um projeto de ascensão social. O que implica suspender, ao menos parcialmente, os valores modernos típicos das classes médias. Isso pode levar a descoberta de que mesmo na precariedade social residem potências.

Por fim, não menos importante, cabe lembrar que um dos fundamentos da clínica psicanalítica é a elaboração da falta, entendida como dimensão estrutural da condição humana. Tal elaboração não ocorre apenas em um plano conceitual, mas no

próprio jogo transferencial que se desenrola no setting analítico. Esse princípio parece particularmente relevante para sujeitos das camadas médias e altas, que, apesar do conforto material e da relativa capacidade de controlar os rumos de suas vidas, são convocados a reconhecer os limites inerentes ao desejo e a impossibilidade de uma satisfação plena.

Quando se trata das camadas populares, contudo, a centralidade clínica atribuída à elaboração da falta merece ser problematizada. Não porque a falta estrutural deixe de existir, mas porque ela frequentemente se encontra entrelaçada a experiências concretas de privação e precariedade social. Nesse contexto, insistir exclusivamente na elaboração daquilo que falta pode soar redundante para sujeitos que convivem cotidianamente com múltiplas formas de carência impostas pelas desigualdades sociais. Nesses casos, outros valores clínicos podem adquirir especial importância, como a escuta, o acolhimento, a presença, o reconhecimento do sofrimento produzido por condições sociais adversas e a sustentação da esperança de transformação.

Referências bibliográficas:

- BOURDIEU, Pierre. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk, 2007.
- DANTO, Elizabeth Ann. *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social, 1918-1938*. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- ERNAUX, Annie. *O lugar*. São Paulo: Fósforo, 2021.
- FERNANDES, Florestan. *A natureza sociológica da sociologia*. São Paulo: Ática, 1980.
- FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 2. Estudos sobre a histeria (1893-1895). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.
- FREUD, Sigmund. Análise fragmentária de uma histeria (O caso Dora) (1905 [1901]). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 173-320.
- FREUD, Sigmund. Análise da fobia de um garoto de cinco anos (O pequeno Hans, 1909). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 8. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. p. 123-284.

FREUD, Sigmund. Observações sobre um caso de neurose obsessiva (O homem dos ratos, 1909). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. p. 13-112.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (1913). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 163-192.

FREUD, Sigmund. História de uma neurose infantil (O homem dos lobos, 1918 [1914]). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-160.

FREUD, Sigmund. Caminhos da terapia psicanalítica (1919 [1918]). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 279-292.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável (1937). In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*, v. 19. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. p. 274-326.

GABARRON-GARCIA, Florent. *Uma história da psicanálise popular*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

LIMA, Rafael Alves. *Psicanálise na ditadura (1964-1985): história, clínica e política*. São Paulo: Perspectiva, 2024.

LOUIS, Édouard. *O fim de Eddy*. São Paulo: Todavia, 2025.

MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NAGAMINE, Renata; SILVA, Aramis Luis. A religião como língua franca: entrevista com Paula Montero. *Religião & Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, 2024.

PELLEGRINO, Hélio. *A burrice do demônio*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

SAFATLE, Vladimir. Uma arma contra a opressão social. *CartaCapital*, São Paulo, 25 fev. 2026.