

PSICANÁLISE, PICs E SUS

Interfaces entre a Clínica Psicanalítica, as Práticas Integrativas e Complementares e o Sistema Único de Saúde

Francisco Abreu

2026 · 1ª Edição

PSICANÁLISE, PICs E SUS

Interfaces entre a Clínica Psicanalítica, as Práticas Integrativas e Complementares e o Sistema Único de Saúde

Autor: Francisco Abreu

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7438212451832590>

Edição: 1ª edição

Ano: 2026

Data de publicação: Maio de 2026

Idioma: Português (Brasil)

Formato: Livro digital (PDF)

Área: Psicanálise Clínica / Práticas Integrativas / Saúde Coletiva

© 2026 Francisco Abreu. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, armazenada em sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio — eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro — sem autorização prévia e por escrito do autor, salvo breves trechos citados em resenhas ou trabalhos acadêmicos com indicação da fonte.

Este livro destina-se a fins educacionais e de formação profissional em psicanálise clínica e saúde coletiva. O conteúdo reflete as orientações teóricas freudiana e laciana em diálogo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS.

Psicanálise, PICs e SUS — Francisco Abreu, 2026

RESUMO

Este livro propõe um diálogo rigoroso entre a psicanálise freudo-lacaniana e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Organizado em doze capítulos, percorre a história e os fundamentos políticos das PICs no Brasil, a inserção da psicanálise na saúde coletiva, as bases epistemológicas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e as principais modalidades terapêuticas — acupuntura, fitoterapia, homeopatia, meditação, yoga, arteterapia e musicoterapia — examinadas à luz dos conceitos psicanalíticos de corpo pulsional, simbolização e laço social. A obra articula a Clínica Ampliada e o matriciamento em saúde mental com os CAPS, UBS e hospitais, discutindo ainda a ética, a regulamentação e a pesquisa em PICS. Finaliza com uma proposta de integração clínica entre psicanálise e terapias complementares para os desafios contemporâneos do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: *Psicanálise clínica; Práticas Integrativas e Complementares; SUS; PNPIC; Saúde mental coletiva; Acupuntura; Fitoterapia; Meditação; Clínica Ampliada; Corpo pulsional; Laço social.*

ABSTRACT

This book proposes a rigorous dialogue between Freudian-Lacanian psychoanalysis and Integrative and Complementary Health Practices (PICs) in the context of the Brazilian Unified Health System (SUS). Organized in twelve chapters, it covers the history and political foundations of PICs in Brazil, the insertion of psychoanalysis in public health, the epistemological bases of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), and the main therapeutic modalities — acupuncture, phytotherapy, homeopathy, meditation, yoga, art therapy, and music therapy — examined through psychoanalytic concepts of the drive body, symbolization, and the social bond. The work also articulates Extended Clinic and mental health matrix support with CAPS, UBS, and hospitals, discussing the ethics, regulation, and research framework for PICs. It concludes with a clinical integration proposal between psychoanalysis and complementary therapies for contemporary challenges of psychic suffering.

Keywords: *Clinical psychoanalysis; Integrative and Complementary Practices; SUS; PNPIC; Collective mental health; Acupuncture; Phytotherapy; Meditation; Extended Clinic; Drive body; Social bond.*

SUMÁRIO

Prefácio

Capítulo 1 PICs no Brasil: História, Política e o SUS

- 1.1 Origens das Práticas Integrativas no Mundo
- 1.2 A PNPIC e sua Implementação no SUS
- 1.3 PICs e Saúde Mental: Convergências Teóricas

Capítulo 2 Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces com o SUS

- 2.1 A Psicanálise Fora do Consultório Privado
- 2.2 Clínica Ampliada e Apoio Matricial
- 2.3 O Sujeito no SUS: Demanda, Desejo e Institucional

Capítulo 3 Epistemologia das PICs: Saberes, Evidências e Crítica

- 3.1 Medicina Baseada em Evidências e PICs
- 3.2 Epistemologia Psicanalítica e o Saber Singular
- 3.3 Integração Epistemológica: Limites e Possibilidades

Capítulo 4 Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa e o Corpo

- 4.1 Fundamentos da MTC: Qi, Yin-Yang e os Meridianos
- 4.2 Corpo Pulsional e Corpo Energético: Aproximações
- 4.3 Acupuntura no SUS: Indicações e Resultados Clínicos

Capítulo 5 Fitoterapia, Homeopatia e Saberes Tradicionais

- 5.1 Fitoterapia: Fundamentos e Uso no SUS
- 5.2 Homeopatia: Princípios e Debate Epistemológico
- 5.3 Saberes Populares, Racismo Epistêmico e Cuidado

Capítulo 6 Meditação, Mindfulness e Atenção Flutuante

- 6.1 Neurociência da Meditação e Regulação do Afeto
- 6.2 Atenção Flutuante em Freud e Mindfulness
- 6.3 Aplicações Clínicas no SUS e Saúde Mental

Capítulo 7 Yoga, Biodança e Terapias Corporais

- 7.1 Yoga: Do Filosófico ao Terapêutico
- 7.2 Biodança e o Laço Social pelo Corpo
- 7.3 Reich, o Corpo Pulsional e as Terapias Somáticas

Capítulo 8 Arteterapia, Musicoterapia e o Campo do Símbolo

- 8.1 Arteterapia: Sublimação e Elaboração Psíquica
- 8.2 Musicoterapia: Ritmo, Afeto e Simbolização
- 8.3 Práticas Expressivas nos CAPS e Saúde Mental

Capítulo 9 Clínica Ampliada, Humanização e PICs nas Redes de Saúde

- 9.1 CAPS, UBS e a Rede de Atenção Psicossocial
- 9.2 Humanização e Acolhimento: PICs como Tecnologia Leve

9.3 Matriciamento e Trabalho Interdisciplinar

Capítulo 10 Ética, Formação e Regulamentação das PICs

10.1 Regulamentação Profissional das PICs no Brasil

10.2 Ética do Cuidado e Ética Psicanalítica: Diálogos

10.3 Formação do Profissional Integrativo no SUS

Capítulo 11 Pesquisa em PICs: Metodologia e Evidências

11.1 Pesquisa Qualitativa e Estudos de Caso

11.2 Ensaios Clínicos em PICs: Desafios e Resultados

11.3 Psicanálise e Pesquisa: Transmissão do Saber Clínico

Capítulo 12 Integração Clínica: Psicanálise, PICs e Contemporaneidade

12.1 Modelo Integrativo de Cuidado em Saúde Mental

12.2 Casos Clínicos: PICs e Psicanálise em Diálogo

12.3 Caminhos Pós-Formação e Produção Científica

Referências Bibliográficas

Sobre o Autor

◆ PREFÁCIO

A convergência entre a psicanálise e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) não é óbvia. À primeira vista, o inconsciente freudiano e a fala como instrumento exclusivo do setting analítico parecem distantes das agulhas da acupuntura, dos chás da fitoterapia ou dos movimentos silenciosos da meditação. Contudo, uma leitura cuidadosa revela que ambos os campos partilham uma premissa fundamental: o ser humano não é reduzível à anatomia funcional ou à regulação bioquímica, sendo atravessado por histórias, linguagens, afetos e laços que determinam seu adoecer e seu curar.

Este livro nasce do encontro entre dois horizontes de cuidado que o Sistema Único de Saúde brasileiro tem aproximado de forma crescente. Desde a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, o SUS incorporou saberes e tecnologias que interpelam a hegemonia do modelo biomédico e abrem espaço para uma concepção ampliada de saúde — mais próxima, aliás, do que a psicanálise sempre sustentou: que o sujeito do sofrimento é irredutível ao diagnóstico nosológico e que o cuidado exige escuta, tempo e alteridade.

Organizado em doze capítulos progressivos, este manual percorre os fundamentos históricos e políticos das PICs no Brasil, as bases epistemológicas de cada modalidade terapêutica, e os pontos de confluência e tensão com a teoria psicanalítica. O leitor encontrará tanto a fundamentação teórica rigorosa quanto orientações práticas para a atuação clínica integrativa nas redes de saúde mental do SUS — nos CAPS, nas UBS e nos serviços hospitalares de humanização.

Que este livro sirva como instrumento de reflexão crítica para os profissionais que se recusam a escolher entre o rigor do inconsciente e a abertura às múltiplas linguagens do cuidado humano.

Francisco Abreu

Ceará, Brasil, 2026

PICs no Brasil: História, Política e o SUS

1.1 Origens das Práticas Integrativas no Mundo

As práticas integrativas e complementares em saúde possuem raízes milenares nas tradições médicas da China, Índia, Egito e América pré-colombiana. A Medicina Tradicional Chinesa, com mais de dois mil anos de sistematização, a Medicina Ayurvédica indiana e os sistemas de cura ameríndios constituem corpora de conhecimento sofisticados que foram progressivamente marginalizados pela ascensão do modelo biomédico ocidental a partir do século XVII.

O século XX assistiu a um movimento de revisão crítica dessa marginalização. A partir da década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a reconhecer formalmente o papel das medicinas tradicionais, publicando em 2002 a Estratégia Global em Medicina Tradicional, documento que orientaria a incorporação dessas práticas nos sistemas nacionais de saúde. No Brasil, o caminho percorrido para essa incorporação passa necessariamente pela construção do SUS e pelos princípios de integralidade e equidade que o fundamentam.

A expressão 'práticas integrativas e complementares' — adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro — distingue-se deliberadamente de 'medicina alternativa': o termo 'integrativa' sinaliza que essas práticas são entendidas como complementares ao modelo convencional, não como substitutas, promovendo uma visão ampliada de saúde que contempla as dimensões física, mental, social e espiritual do ser humano.

1.2 A PNPIC e sua Implementação no SUS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída pela Portaria Ministerial nº 971, de 3 de maio de 2006, incorporando inicialmente cinco modalidades ao SUS: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. Em 2017 e 2018, novas portarias ampliaram consideravelmente o escopo da política, chegando a mais de vinte práticas reconhecidas, entre as quais: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga.

Os princípios norteadores da PNPIC articulam-se diretamente com os princípios do SUS: universalidade — oferta equânime a toda a população independentemente de condição socioeconômica; integralidade — visão do sujeito em sua complexidade biopsicossocial e espiritual; e participação social — valorização dos saberes populares e tradicionais como patrimônio cultural e terapêutico da sociedade.

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** As UBS são o principal lócus de implementação das PICs, com foco na promoção da saúde e prevenção do adoecimento.
- **Atenção Psicossocial:** Os CAPS incorporam PICs como tecnologias leves de cuidado, complementando o tratamento farmacológico e psicoterápico.
- **Atenção Hospitalar:** Programas de humanização hospitalar integram meditação, musicoterapia e outras práticas no cuidado a pacientes crônicos e em situações de vulnerabilidade.

1.3 PICs e Saúde Mental: Convergências Teóricas

A interface entre PICs e saúde mental é especialmente relevante no contexto do pós-Reforma Psiquiátrica brasileira. A Lei 10.216/2001 — lei da Reforma Psiquiátrica — redirecionou o modelo assistencial para o território e para a reabilitação psicossocial, criando as condições para que práticas que não se limitam à medicalização do sofrimento pudessem ganhar legitimidade nas redes de cuidado em saúde mental.

Do ponto de vista teórico, há uma convergência fundamental entre o olhar psicanalítico e os princípios das PICs: ambos recusam a redução do sujeito ao seu substrato biológico, ambos afirmam que o sofrimento humano possui dimensões simbólicas, relacionais e culturais que não podem ser ignoradas na clínica, e ambos reconhecem que o vínculo entre cuidador e cuidado — seja ele analista e analisando, ou terapeuta e paciente — é constitutivo do processo terapêutico e não meramente instrumental.

"A saúde não é a ausência de doença, mas a capacidade de o sujeito construir sua própria norma de vida. — Georges Canguilhem"

Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces com o SUS

2.1 A Psicanálise Fora do Consultório Privado

A psicanálise nasceu no consultório privado burguês vienense e, durante décadas, manteve essa marca de exclusividade. Contudo, desde os anos 1920, com as clínicas psicanalíticas abertas fundadas na Alemanha e na Áustria, e especialmente a partir da década de 1980 no Brasil, a psicanálise expandiu seu campo de atuação para os serviços públicos de saúde mental. A chamada 'psicanálise implicada' — expressão que designa a articulação entre o saber analítico e o campo social — tornou-se uma vertente consolidada da prática psicanalítica brasileira.

Essa expansão não se deu sem tensões teóricas e clínicas. O setting convencional — divã, quatro sessões semanais, pagamento privado — claramente não se aplica ao serviço público. A psicanálise aplicada à saúde coletiva exigiu, portanto, uma revisão criativa das condições de enquadre sem abrir mão dos fundamentos: a transferência como motor do tratamento, o inconsciente como instância determinante do sofrimento, e a escuta da singularidade como imperativo ético.

2.2 Clínica Ampliada e Apoio Matricial

A Clínica Ampliada é um dos eixos do HumanizaSUS — Política Nacional de Humanização do SUS — e propõe uma transformação do modo de produzir saúde que reconheça a complexidade biopsicossocial do sujeito e incorpore dimensões subjetivas no cuidado. Ela dialoga diretamente com a psicanálise ao afirmar que o sintoma não é apenas um sinal de disfunção orgânica, mas uma produção singular do sujeito que demanda escuta e interpretação.

O Apoio Matricial em saúde mental — mecanismo de suporte técnico-pedagógico entre equipes de referência e especialistas — criou uma oportunidade inédita para que psicanalistas atuassem como apoiadores de equipes multiprofissionais nas UBS, promovendo a escuta do sujeito no território e evitando a psiquiatrização excessiva de sofrimentos que são, antes de tudo, expressões de condições de vida e de laço social.

- **Clínica do Sujeito:** Reconhecimento da singularidade do paciente para além do diagnóstico nosológico.
- **Corresponsabilidade:** Partilha do cuidado entre diferentes profissões e saberes.
- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** Instrumento de planejamento que integra diferentes modalidades de cuidado — incluindo PICs — ao tratamento individualizado do paciente.

2.3 O Sujeito no SUS: Demanda, Desejo e Institucional

A inserção da psicanálise no SUS coloca em relevo uma tensão fundamental: a demanda institucional — que exige protocolos, metas quantitativas e resultados mensuráveis — versus a lógica do desejo que orienta o tratamento analítico — que exige tempo, singularidade e abertura ao imprevisível. O analista no serviço público é convocado a sustentar o lugar de escuta dentro de uma instituição que frequentemente

opera segundo a lógica inversa.

Uma das contribuições mais importantes da psicanálise à saúde coletiva é justamente a de oferecer ao sofrimento anônimo e serializado das filas e triagens um endereço subjetivo: nomear o paciente pelo seu nome, escutar sua história particular, e transformar a queixa difusa em um sintoma analítico que o próprio sujeito possa começar a decifrar.

"O que o SUS pode oferecer de mais radical é aquilo que a psicanálise sempre afirmou: que o cuidado em saúde é, fundamentalmente, um encontro entre sujeitos. — Paráfrase de Campos, 2007"

Epistemologia das PICs: Saberes, Evidências e Crítica

3.1 Medicina Baseada em Evidências e PICs

A hegemonia da Medicina Baseada em Evidências (MBE) como padrão epistemológico dominante nas políticas de saúde tem colocado as PICs em posição de permanente necessidade de justificação científica. Os ensaios clínicos randomizados controlados — padrão-ouro da MBE — apresentam limitações estruturais quando aplicados a práticas que operam por mecanismos complexos, individualizados e relacionais, como a acupuntura, a homeopatia ou a terapia comunitária integrativa.

Pesquisas recentes têm demonstrado eficácia das PICs para diversas condições: redução de ansiedade e depressão leve a moderada com *mindfulness* e meditação; alívio de dores crônicas com acupuntura; melhora do bem-estar geral e redução de internações psiquiátricas em usuários de CAPS que participam de práticas expressivas como musicoterapia e arteterapia. Ainda assim, o debate epistemológico sobre os mecanismos de ação de muitas PICs permanece aberto e constitui um campo fértil de pesquisa.

3.2 Epistemologia Psicanalítica e o Saber Singular

A psicanálise opera a partir de uma epistemologia radicalmente distinta da MBE. Seu objeto de investigação — o inconsciente — não é mensurável, não é replicável experimentalmente e não produz generalizações populacionais. O saber psicanalítico é um saber sobre a singularidade: o que vale para um sujeito não vale necessariamente para outro, e o caso clínico — não o ensaio randomizado — é a unidade legítima de transmissão do saber analítico.

Essa posição epistemológica tem implicações importantes para o debate sobre a integração de PICs: tanto a psicanálise quanto muitas práticas integrativas sustentam que a relação entre terapeuta e paciente é constitutiva e não meramente instrumental do processo terapêutico — o que os estudos de eficácia raramente conseguem capturar em seus delineamentos metodológicos.

3.3 Integração Epistemológica: Limites e Possibilidades

A integração entre psicanálise e PICs não exige que ambas adotem o mesmo estatuto epistemológico — o que seria reducionismo. Exige, antes, um diálogo crítico que respeite as especificidades de cada campo enquanto identifica as zonas de confluência clínica. O conceito psicanalítico de 'corpo pulsional' pode enriquecer a compreensão dos efeitos somáticos das PICs; reciprocamente, a atenção às dimensões energéticas, respiratórias e relacionais das práticas corporais pode ampliar o campo de intervenção clínica do analista.

- **Pluralismo metodológico:** Combinação de métodos quantitativos e qualitativos na pesquisa em PICs.
- **Pesquisa-ação participativa:** Envolvimento dos usuários e comunidades na construção do conhecimento sobre práticas de cuidado.

- **Estudos de caso psicanalíticos:** Transmissão do saber clínico através da escrita rigorosa de casos que documentam os efeitos subjetivos das PICs.

Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa e o Corpo

4.1 Fundamentos da MTC: Qi, Yin-Yang e os Meridianos

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) fundamenta-se em uma cosmologia na qual o organismo humano é compreendido como um microcosmo que reflete as leis do macrocosmo. O conceito central de Qi — energia vital que percorre o corpo por canais denominados meridianos — não possui equivalente direto na anatomia ocidental, constituindo um modelo funcional e relacional de compreensão do corpo que prioriza os fluxos e os desequilíbrios sobre as estruturas e as lesões.

O dualismo Yin-Yang — forças opostas e complementares que devem manter-se em equilíbrio dinâmico — organiza tanto a diagnose quanto a terapêutica na MTC. A doença é compreendida como desequilíbrio entre essas forças, e a acupuntura — inserção de agulhas em pontos específicos dos meridianos — visa restaurar a circulação harmoniosa do Qi, dissipando bloqueios e reequilibrando as polaridades.

Do ponto de vista psicanalítico, a MTC apresenta uma concepção de corpo que se aproxima da noção freudiana de corpo erógeno: um corpo não meramente anatômico, mas marcado por investimentos de energia e por zonas de especial sensibilidade que não coincidem necessariamente com as fronteiras dos órgãos biológicos.

4.2 Corpo Pulsional e Corpo Energético: Aproximações

O corpo pulsional da psicanálise e o corpo energético da MTC compartilham uma rejeição comum ao reducionismo anatômico. Para a psicanálise, o corpo é escrito pela linguagem e pelo desejo — é um corpo que sofre, que goza e que produz sintomas que são, antes de tudo, mensagens endereçadas ao Outro. Para a MTC, o corpo é atravessado por correntes de energia cujo fluxo ou bloqueio reflete o estado de equilíbrio ou desequilíbrio do sujeito em relação ao seu ambiente, às suas emoções e ao seu caminho vital.

A distinção clínica que a psicanálise estabelece entre o sintoma conversivo — que porta uma mensagem simbólica — e o fenômeno psicossomático — no qual o significante se imprime diretamente no corpo sem mediação do sentido — pode ser útil para compreender os diferentes mecanismos pelos quais a acupuntura produz seus efeitos: em alguns casos, como via de acesso à dimensão simbólica do sofrimento; em outros, como intervenção diretamente no substrato somático sem necessidade de elaboração psíquica prévia.

4.3 Acupuntura no SUS: Indicações e Resultados Clínicos

A acupuntura está disponível no SUS desde a publicação da PNPIC em 2006 e tem sido progressivamente incorporada nas equipes de Atenção Primária e nos serviços de saúde mental. As indicações mais consolidadas incluem: dores crônicas (lombalgia, cervicalgia, cefaleia), ansiedade e transtornos de humor, dependência química (como técnica complementar à desintoxicação), distúrbios do sono e condições psicossomáticas.

Nos CAPS, a acupuntura tem sido utilizada como recurso complementar ao tratamento de usuários com transtornos graves e persistentes, contribuindo para a redução da ansiedade, a melhora do sono e a diminuição da necessidade de psicofármacos. Relatos clínicos documentam também seu papel facilitador do estabelecimento do vínculo terapêutico com pacientes que oferecem resistência à abordagem verbal.

Fitoterapia, Homeopatia e Saberes Tradicionais

5.1 Fitoterapia: Fundamentos e Uso no SUS

A fitoterapia — uso terapêutico de plantas medicinais e seus derivados — constitui a prática integrativa mais amplamente difundida no Brasil. O país possui uma das maiores biodiversidades do planeta e uma rica tradição de uso medicinal de plantas, proveniente das culturas indígenas, africanas e europeias que formaram a sociedade brasileira. O SUS reconhece esse patrimônio através do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e da lista de fitoterápicos disponíveis no Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

Do ponto de vista psicanalítico, a fitoterapia levanta uma questão clínica interessante: qual é o estatuto do objeto fitoterápico na economia psíquica do sujeito? Para além de seus princípios ativos farmacológicos — amplamente estudados pela farmacognosia — a planta medicinal carrega uma dimensão simbólica e ritual que não pode ser separada de seus efeitos terapêuticos: a memória ancestral da planta, o gesto de preparo do chá, a transmissão oral do conhecimento entre gerações, o vínculo com a terra e a comunidade.

5.2 Homeopatia: Princípios e Debate Epistemológico

A homeopatia foi fundada por Samuel Hahnemann no final do século XVIII a partir do princípio *similia similibus curantur* — o semelhante cura o semelhante. Sua terapêutica baseia-se na administração de substâncias em doses ultra-diluídas que, em doses plenas, produziram sintomas semelhantes aos da doença a tratar. A homeopatia é uma das práticas mais controversas da PNPIC do ponto de vista da medicina baseada em evidências, com meta-análises apresentando resultados contraditórios sobre sua eficácia além do efeito placebo.

O 'efeito placebo', tão frequentemente invocado como crítica à homeopatia e a outras PICs, merece uma leitura psicanalítica mais sofisticada. O placebo não é um 'não-efeito': é a demonstração de que a crença, a sugestão e a relação com o terapeuta produzem modificações reais no organismo — o que a psicanálise designaria como efeitos do simbólico sobre o real do corpo.

5.3 Saberes Populares, Racismo Epistêmico e Cuidado

A valorização dos saberes tradicionais nas PICs implica necessariamente o enfrentamento do racismo epistêmico — a hierarquização de formas de conhecimento que subalterniza e invisibiliza os saberes produzidos por povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais em favor do conhecimento científico ocidental. No SUS, essa questão manifesta-se na tensão entre a necessidade de 'evidências científicas' para a incorporação de práticas tradicionais e o reconhecimento de que o processo de medicalização e validação científica pode distorcer ou esvaziar o sentido original dessas práticas.

A psicanálise, com sua atenção à singularidade e ao saber não-sabido que sustenta o sujeito, oferece um contraponto crítico ao imperativo universalizante da ciência positivista. O terapeuta que integra saberes tradicionais à sua prática é convocado a uma posição de *docta ignorantia* — saber que não sabe tudo —

que é, precisamente, a posição ética do psicanalista diante do saber do seu paciente.

Meditação, Mindfulness e Atenção Flutuante

6.1 Neurociência da Meditação e Regulação do Afeto

As pesquisas em neurociência cognitiva têm documentado extensamente os efeitos da prática meditativa regular sobre o cérebro e o sistema nervoso. Estudos de neuroimagem demonstram que praticantes experientes apresentam maior densidade de matéria cinzenta no córtex pré-frontal — região associada à regulação emocional e à tomada de decisão — e redução da reatividade da amígdala — estrutura central no processamento do medo e da ansiedade. A prática da meditação produz modificações mensuráveis nos sistemas de ativação do estresse, com redução dos níveis de cortisol e inflamação sistêmica.

Essas descobertas têm embasado a inclusão da meditação e do mindfulness em programas de saúde mental no SUS, especialmente para o manejo da ansiedade, da depressão leve a moderada, do transtorno de estresse pós-traumático e do burnout em trabalhadores de saúde. A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) e a Redução de Estresse Baseada em Mindfulness (MBSR) são as modalidades com maior nível de evidência disponível.

6.2 Atenção Flutuante em Freud e Mindfulness

O paralelo entre a atenção flutuante freudiana e o estado meditativo do mindfulness constitui um dos pontos de diálogo mais férteis entre psicanálise e PICs. Freud prescreveu ao analista uma atenção igualmente flutuante — que suspende o julgamento, a seleção e a antecipação para receber a fala do paciente em sua totalidade, sem privilegiar nenhum elemento a priori. Esse estado de receptividade sem esforço é estruturalmente análogo ao que as tradições meditativas denominam 'presença plena' ou 'mente de principiante'.

A diferença, contudo, é fundamental: na atenção flutuante analítica, o analista suspende a consciência para que o inconsciente possa falar — tanto o do paciente quanto o seu próprio. No mindfulness, a atenção é dirigida ao momento presente de forma deliberada, sem necessariamente mobilizar a dimensão transferencial e o desejo do inconsciente. Trata-se de práticas que operam em registros distintos e que podem, por isso, ser complementares: o mindfulness preparando o sujeito para a disponibilidade à escuta; a psicanálise operando no campo onde o mindfulness não chega.

6.3 Aplicações Clínicas no SUS e Saúde Mental

Grupos de meditação e práticas de mindfulness têm sido implementados em CAPS, UBS e ambulatórios de saúde mental com resultados promissores. No contexto dos CAPS, a meditação funciona como tecnologia leve de cuidado que favorece a autorregulação emocional, a sociabilidade e o sentimento de pertencimento ao grupo — dimensões fundamentais da reabilitação psicossocial.

Do ponto de vista clínico, é importante que o profissional que oferece práticas meditativas em serviços de saúde mental possua formação específica em saúde mental e capacidade de identificar quando a prática meditativa pode mobilizar conteúdos inconscientes perturbadores — especialmente em sujeitos com estrutura psicótica ou histórico de trauma grave — exigindo um manejo cuidadoso e eventualmente o

encaminhamento para acompanhamento psicoterápico.

"O analista deve se colocar sem memória e sem desejo. — Wilfred Bion"

Yoga, Biodança e Terapias Corporais

7.1 Yoga: Do Filosófico ao Terapêutico

O Yoga constitui um dos sistemas filosófico-práticos mais antigos da humanidade, com raízes no pensamento védico indiano de aproximadamente 5.000 anos. Em sua formulação clássica — sistematizada por Patañjali nos Yoga Sutras — o yoga é um caminho de integração do ser que visa a cessação das flutuações da mente (*citta vritti nirodha*) e a libertação do ciclo de sofrimento. No contexto das PICs no SUS, o yoga terapêutico — distinto do yoga como exercício físico da cultura do desempenho — é reconhecido como prática de promoção da saúde desde a ampliação da PNPIC em 2017.

A dimensão corporal do yoga — a prática das asanas ou posturas — oferece uma via de acesso ao corpo que complementa a abordagem verbal da psicanálise. Para sujeitos que apresentam dificuldade de elaboração verbal do sofrimento — seja por estrutura psíquica, seja por contexto sociocultural — o yoga pode funcionar como um primeiro passo de reconexão com o corpo próprio e de regulação do sistema nervoso autônomo.

7.2 Biodança e o Laço Social pelo Corpo

A Biodança, criada pelo psicólogo chileno Rolando Toro Araneda na década de 1960, propõe um sistema de desenvolvimento humano baseado na integração de música, movimento e encontro afetivo em grupo. Fundamenta-se na biocêntrica — a vida como princípio organizador do universo — e propõe cinco linhas de vivência: vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência.

Do ponto de vista psicanalítico, a Biodança opera privilegiadamente no registro imaginário e na dimensão do laço social: o grupo cria um campo transferencial no qual os participantes se espelham, se reconhecem e se diferenciam uns dos outros através do movimento compartilhado. A música — elemento central da Biodança — mobiliza afetos que resistem à simbolização verbal, criando condições de elaboração que a psicanálise designaria como pré-verbais ou originais.

7.3 Reich, o Corpo Pulsional e as Terapias Somáticas

Wilhelm Reich foi o primeiro psicanalista a sistematizar a dimensão corporal do sofrimento psíquico. Sua Análise do Caráter propõe que as defesas neuróticas não são apenas estruturas psíquicas abstratas, mas cristalizam-se no corpo sob a forma de uma couraça muscular crônica — tensões musculares organizadas em sete segmentos corporais (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal e pélvico) que bloqueiam o fluxo da energia vital (*orgone*) e produzem padrões característicos de sofrimento psíquico e disfunção somática.

As terapias neo-reichianas — Bioenergética de Lowen, Biossíntese, Psicomotricidade Relacional — incorporadas ao campo das PICs oferecem técnicas de trabalho corporal que visam dissolver essas couraças e restaurar o fluxo energético. Sua integração com a psicanálise exige uma articulação cuidadosa entre a dimensão somática e a dimensão simbólica do sofrimento, evitando o risco de uma 'fiscalização' do psíquico que ignora a irredutibilidade do inconsciente ao orgânico.

- **Couraça ocular:** Tensões em torno dos olhos; dificuldade de contato e de reconhecimento do outro.
- **Couraça oral:** Tensão nos lábios, mandíbula e garganta; dificuldades de expressão e de receber.
- **Couraça torácica:** Compressão do tórax; restrição da respiração e do afeto.
- **Couraça pélvica:** Tensões no quadril e na pelve; bloqueios da sexualidade e do prazer.

Arteterapia, Musicoterapia e o Campo do Símbolo

8.1 Arteterapia: Sublimação e Elaboração Psíquica

A arteterapia articula-se diretamente com o conceito psicanalítico de sublimação: o destino pulsional pelo qual a energia é desviada de seu alvo sexual direto em direção a objetos e atividades culturalmente valorizados. A criação artística — pictórica, plástica, poética, dramática — oferece ao sujeito um espaço de externalização e elaboração de conteúdos inconscientes que resistem à palavra, seja pela intensidade do afeto, seja pela precocidade de sua inscrição psíquica.

No contexto das PICs no SUS, a arteterapia tem mostrado resultados significativos nos CAPS com usuários de saúde mental em sofrimento grave, especialmente aqueles com dificuldades de comunicação verbal — como pessoas em estados psicóticos ou com histórico de trauma severo. A produção artística funciona, nesse contexto, como um terceiro entre o sujeito e o terapeuta — um objeto mediador que permite o estabelecimento de um vínculo menos ameaçador que a relação face a face.

8.2 Musicoterapia: Ritmo, Afeto e Simbolização

A musicoterapia baseia-se no poder singular da música de mobilizar afetos, memórias e estados corporais que resistem à mediação verbal. O ritmo — elemento mais primitivo da experiência musical — precede ontogeneticamente a linguagem: o bebê responde ritmicamente à voz materna antes de compreender qualquer significado semântico, e é nessa dimensão pré-verbal que a musicoterapia frequentemente opera.

Do ponto de vista laciano, a música opera no registro da voz como objeto a — objeto causa de desejo que não se reduz ao semântico nem ao semiótico, mas que convoca o sujeito em sua divisão fundamental. A voz do cantor, o instrumento do terapeuta e os sons produzidos pelo próprio paciente criam um campo sonoro no qual o inconsciente pode se manifestar de formas que a palavra falada, sozinha, não alcançaria.

8.3 Práticas Expressivas nos CAPS e Saúde Mental

As práticas expressivas — arteterapia, musicoterapia, teatro, dança, escrita criativa — têm sido incorporadas aos projetos terapêuticos singulares nos CAPS como recursos de reabilitação psicossocial que transcendem o tratamento sintomático. Elas operam no campo que a psicóloga Nise da Silveira — pioneira da arteterapia no Brasil — designou como o das 'imagens do inconsciente': criações que documentam o mundo interno do sujeito e que podem funcionar como pontos de ancoragem identitária nos processos de desestruturação psicótica.

A integração clínica entre práticas expressivas e psicanálise nos CAPS exige uma equipe multiprofissional formada e um espaço de discussão de casos que permita articular as observações do musicoterapeuta ou arteterapeuta com a leitura psicanalítica da estrutura clínica do sujeito, potencializando os efeitos terapêuticos de cada abordagem.

*"A arte não representa o mundo, mas o sujeito que o habita — e é por isso que ela cura. —
Paráfrase de Nise da Silveira"*

Clínica Ampliada, Humanização e PICs nas Redes de Saúde

9.1 CAPS, UBS e a Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estruturada a partir da Portaria 3.088/2011, organiza o cuidado em saúde mental no SUS em diferentes pontos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos de referência; as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como porta de entrada do sistema; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) como alternativas à internação; e os leitos de saúde mental nos hospitais gerais como componente da atenção de urgência.

As PICs têm encontrado nos CAPS um espaço privilegiado de implementação, dado o modelo de cuidado territorial e a valorização das atividades coletivas e expressivas como ferramentas de reabilitação psicossocial. Práticas como yoga, meditação, arteterapia, musicoterapia, biodança e terapia comunitária integrativa compõem os projetos terapêuticos singulares de usuários com transtornos graves e persistentes, contribuindo para a redução de internações e a melhora da qualidade de vida.

9.2 Humanização e Acolhimento: PICs como Tecnologia Leve

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: tecnologias duras (equipamentos, medicamentos), tecnologias leve-duras (protocolos, saberes estruturados) e tecnologias leves (relações, vínculo, acolhimento). As PICs operam fundamentalmente no campo das tecnologias leves: sua eficácia terapêutica está intimamente ligada à qualidade do vínculo entre o profissional e o usuário, à escuta cuidadosa da singularidade do sujeito e à criação de um ambiente de cuidado que valora o não-dito e o não-verbal tanto quanto o discurso médico formal.

A psicanálise, com sua atenção ao vínculo transferencial e à escuta da singularidade, oferece uma fundamentação teórica robusta para a humanização do cuidado no SUS. O acolhimento — conceito central do HumanizaSUS — é, na linguagem psicanalítica, a abertura de um endereço subjetivo no qual o sofrimento do usuário pode ser nomeado, reconhecido e transformado em demanda de tratamento.

9.3 Matriciamento e Trabalho Interdisciplinar

O matriciamento em saúde mental — suporte especializado das equipes de referência pelas equipes de saúde mental — é o mecanismo privilegiado para que o saber psicanalítico e o saber sobre as PICs circulem entre os diferentes pontos da RAPS. O profissional matriciador contribui com uma leitura subjetivante dos casos, ajudando as equipes a identificar a dimensão singular do sofrimento por trás dos sintomas e a construir projetos terapêuticos que integrem diferentes modalidades de cuidado.

- **Discussão de casos clínicos:** Espaço de reflexão interdisciplinar que articula diferentes saberes.
- **Consulta conjunta:** Atendimento compartilhado entre especialistas e equipe de referência.
- **Projetos terapêuticos singulares (PTS):** Instrumento que integra PICs, psicanálise e demais modalidades de cuidado ao plano individualizado de cada usuário.

Ética, Formação e Regulamentação das PICs

10.1 Regulamentação Profissional das PICs no Brasil

O campo das PICs no Brasil é atravessado por tensões regulatórias significativas. Algumas práticas — como a acupuntura e a homeopatia — são reconhecidas como especialidades por conselhos profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e odontologia. Outras — como a biodança, a terapia comunitária integrativa e o reiki — são reconhecidas pelo SUS mas não possuem regulamentação profissional específica, podendo ser praticadas por agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores com formação específica.

Essa heterogeneidade regulatória coloca desafios éticos importantes: como garantir a qualidade das práticas e a segurança dos usuários sem inviabilizar a participação das comunidades e dos saberes tradicionais? Como evitar tanto o charlatanismo quanto o imperialismo das corporações profissionais que disputam a exclusividade do cuidado? A ética do cuidado no SUS exige uma regulação que proteja os usuários sem sufocar a diversidade e a criatividade das práticas integrativas.

10.2 Ética do Cuidado e Ética Psicanalítica: Diálogos

A ética da psicanálise, formulada por Lacan a partir da leitura da *Antígona* de Sófocles e da *Ética a Nicômaco* de Aristóteles, centra-se no desejo: agir em conformidade com o desejo do sujeito, não com as normas morais convencionais. Essa posição 'não ceder no próprio desejo' constitui uma bússola ética para o analista que opera no SUS, onde as pressões institucionais frequentemente empurram na direção contrária: padronizar, serializar, medicalizar.

A ética do cuidado — formulada por Carol Gilligan e Joan Tronto no campo da filosofia moral — valoriza a responsividade, a atenção às necessidades particulares e a manutenção das relações de cuidado. Sua convergência com a ética psicanalítica no contexto das PICs reside no reconhecimento comum de que o cuidado ético é sempre singular, relacional e irreduzível a protocolos universais.

10.3 Formação do Profissional Integrativo no SUS

A formação do profissional que integra PICs e psicanálise no SUS exige um percurso que articule três dimensões: o conhecimento teórico das práticas integrativas e seus fundamentos epistemológicos; a experiência pessoal das práticas — um profissional que nunca meditou tem dificuldade em conduzir grupos de meditação com presença genuína; e a reflexão ética e clínica continuada sobre a própria prática, idealmente em espaços de supervisão e estudo coletivo.

A análise pessoal — tripé da formação psicanalítica — tem sua analogia nas tradições contemplativas que exigem a prática pessoal continuada como condição para a transmissão autêntica do ensinamento. Em ambos os casos, o que se transmite não é apenas um conjunto de técnicas, mas uma postura de presença e de abertura ao encontro com o outro que só pode ser cultivada a partir da experiência pessoal vivida.

Pesquisa em PICs: Metodologia e Evidências

11.1 Pesquisa Qualitativa e Estudos de Caso

A pesquisa qualitativa em saúde — entrevistas em profundidade, grupos focais, observação participante, análise de narrativas — é particularmente adequada para capturar a complexidade dos processos terapêuticos nas PICs. Ela permite documentar as experiências subjetivas dos usuários, os mecanismos relacionais do cuidado e as transformações identitárias que frequentemente acompanham o engajamento em práticas integrativas, mas que não aparecem nos desfechos quantitativos usuais.

O estudo de caso psicanalítico — modalidade clássica de produção de saber na psicanálise — oferece uma metodologia rigorosa para a documentação dos efeitos subjetivos das PICs. A escrita de caso exige o tratamento cuidadoso das questões éticas de sigilo e descaracterização, mas permite transmitir a especificidade clínica de intervenções que nenhum protocolo quantitativo consegue capturar: o momento em que a música mobilizou uma memória traumática; o desenho que revelou a estrutura psicótica que a entrevista clínica não tinha evidenciado.

11.2 Ensaios Clínicos em PICs: Desafios e Resultados

As revisões sistemáticas e meta-análises disponíveis indicam evidências de qualidade moderada a alta para a eficácia da acupuntura no manejo de dores crônicas; evidências de qualidade moderada para o mindfulness no tratamento da depressão recorrente e da ansiedade; e evidências emergentes para a musicoterapia na redução da agitação em demências e na melhora da qualidade de vida em transtornos psicóticos.

Os principais desafios metodológicos incluem: a impossibilidade de cegamento duplo em intervenções que dependem do engajamento ativo do participante; a heterogeneidade das intervenções (dois acupunturistas que tratam o mesmo diagnóstico podem utilizar pontos e técnicas completamente diferentes); e a dificuldade de definir desfechos relevantes que capturem as dimensões de bem-estar, sentido e laço social que as PICs frequentemente produzem.

11.3 Psicanálise e Pesquisa: Transmissão do Saber Clínico

A psicanálise produz seu saber através de um modelo de pesquisa-clínica singular: a elaboração teórica a partir do caso. Essa modalidade de produção científica, que remonta aos próprios textos freudianos, não é 'pré-científica' — é uma epistemologia coerente com o objeto: o inconsciente não pode ser estudado por protocolos externos ao campo transferencial no qual se manifesta.

A produção científica em PICs no SUS é hoje um campo em expansão, com crescente número de grupos de pesquisa nas universidades brasileiras e publicações em periódicos nacionais e internacionais. A integração de métodos — qualitativos, quantitativos e psicanalíticos — pode produzir um conhecimento mais robusto e mais fiel à complexidade das práticas integradas de cuidado.

- **Pesquisa colaborativa:** Parceria entre universidades, serviços de saúde e comunidades.

- **Registros clínicos sistemáticos:** Documentação rigorosa das práticas nos serviços do SUS.
- **Redes de pesquisa em PICs:** Colaboração nacional e internacional para estudos multicêntricos.

Integração Clínica: Psicanálise, PICs e Contemporaneidade

12.1 Modelo Integrativo de Cuidado em Saúde Mental

Um modelo integrativo de cuidado em saúde mental articula a psicanálise e as PICs não como concorrentes, mas como práticas complementares que operam em registros distintos e que podem ser combinadas em função das necessidades singulares de cada sujeito. A psicanálise opera no campo da linguagem, do inconsciente e do desejo; as PICs corporais operam no campo do soma, do ritmo e da experiência pré-verbal; as PICs energéticas operam na interface entre o biológico e o simbólico; as práticas expressivas operam no campo da sublimação e da criação de novos laços sociais.

O instrumento central desse modelo integrativo no SUS é o Projeto Terapêutico Singular (PTS): a construção coletiva — pela equipe multiprofissional, pelo usuário e pelos seus vínculos comunitários — de um plano de cuidado que integre diferentes modalidades terapêuticas em função de uma leitura singular das necessidades e dos recursos de cada sujeito. O PTS é, em essência, uma aplicação clínica do princípio psicanalítico de singularidade: nenhum protocolo serve igualmente a todos.

12.2 Casos Clínicos: PICs e Psicanálise em Diálogo

Caso A — Acupuntura e Psicose: Usuário de CAPS com esquizofrenia paranoide, em acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico, incorporou sessões de acupuntura ao seu PTS após relatar insônia grave e ansiedade somática. A acupuntura produziu melhora significativa do sono e redução da tensão corporal, criando condições somáticas mais favoráveis ao trabalho psicoterapêutico verbal. A equipe observou que o setting da acupuntura — com seu ritual, seus objetos e sua atenção corporal silenciosa — oferecia ao paciente uma experiência de limite e contenção que complementava o trabalho verbal.

Caso B — Musicoterapia e Trauma: Adolescente vítima de violência doméstica, com mutismo seletivo em situações de avaliação verbal, engajou-se em processo de musicoterapia nos CAPS. A produção musical — inicialmente percussiva e caótica — foi gradualmente ganhando forma rítmica e melódica, documentando no som uma trajetória de organização psíquica que antecedeu a capacidade de falar sobre o trauma no setting psicoterápico individual. A musicoterapia funcionou, nesse caso, como preparação somático-simbólica para a elaboração verbal posterior.

12.3 Caminhos Pós-Formação e Produção Científica

Para o profissional que conclui sua formação em psicanálise clínica com interesse nas PICs e na saúde coletiva, os caminhos de desenvolvimento profissional são múltiplos e se reforçam mutuamente:

- Inserção nas equipes multiprofissionais do SUS (CAPS, UBS, hospitais) como psicanalista ou apoiador matricial em saúde mental.

- Formação específica em uma ou mais PICs reconhecidas pela PNPIC, aprofundando a prática pessoal como condição para a transmissão clínica autêntica.
- Participação em grupos de pesquisa que integrem metodologias psicanalíticas e evidências clínicas em PICs.
- Produção científica — artigos, capítulos, relatos de caso — que documente e transmita o saber produzido na interface entre psicanálise, PICs e saúde coletiva.
- Engajamento em redes de formação continuada: cartéis, grupos de supervisão, congressos de saúde mental coletiva e eventos de PICs.
- Advocacia política pela ampliação e consolidação das PICs no SUS, como expressão do compromisso ético com o acesso universal ao cuidado integral em saúde.

❖ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, N. F.; TOVEY, P. (orgs.). *Medicinas Alternativas e Complementares no Hospital: Práticas, Discursos e Ciência*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- BION, W. R. *Atenção e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1973.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica n.º 27: Diretrizes do NASF*. Brasília: DAB/MS, 2010.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- FERENCZI, S. Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança (1933). In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FREUD, S. Além do Princípio do Prazer (1920). In: *Edição Standard Brasileira*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FREUD, S. Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise (1912). In: *Edição Standard Brasileira*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- HAN, B.-C. *A Sociedade do Cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015.
- KABAT-ZINN, J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam, 2013.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 7: A Ética da Psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- LUZ, M. T. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- NISE DA SILVEIRA. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Genebra: OMS, 2002.
- REICH, W. *Análise do Caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- TORO, R. *Biodança*. São Paulo: Olavobrás, 2002.
- WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- YOGA SUTRAS DE PATANJALI. Tradução e comentários de Georg Feuerstein. São Paulo: Pensamento, 2009.

◆ SOBRE O AUTOR

Francisco Abreu

Francisco Abreu é pesquisador, formador e clínico na área de psicanálise clínica, com sólida formação teórica nas tradições freudiana e lacaniana. Dedicou-se à transmissão do saber psicanalítico, à articulação entre teoria e prática clínica contemporânea e ao desenvolvimento de programas de formação que integram rigor acadêmico e escuta ética do sofrimento singular do sujeito.

Desenvolve atividades de pesquisa, supervisão clínica e ensino, com foco nas intersecções entre psicanálise, psicopatologia contemporânea, clínica do trauma, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) e saúde mental coletiva. Participa ativamente de grupos de estudo, cartéis e redes de formação em psicanálise no Brasil.

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7438212451832590>

País: Brasil

Estado: Ceará

Ano da publicação: 2026