



Tipo do Artigo (Revisão)

Aplicabilidade da Psicoterapia Focal Psicanalítica no Contexto da Saúde Pública Brasileira: uma Revisão Narrativa

Santiago Naves^{1,2*}

Afiliação 1: Psicólogo Clínico (CRP 09/11699); Especialista em Psicopatologia Contemporânea; docente e supervisor clínico; psicanalista em formação contínua. Goianésia, Goiás, Brasil.

* Autor correspondente: santiagoadorno@hotmail.com; Tel.: +55 (62) 99692-9777

Resumo

A psicoterapia focal psicanalítica, também referida na literatura como terapia breve focal ou psicoterapia breve de orientação psicanalítica, consolidou-se ao longo da segunda metade do século XX como resposta técnica à escassez de recursos assistenciais em saúde mental, sobretudo no período pós-Segunda Guerra Mundial. Delimitada pela definição de um foco específico, por um limite de tempo pré-estabelecido e pela manutenção do referencial psicanalítico, essa modalidade terapêutica distingue-se da psicanálise clássica pela restrição deliberada de seus objetivos. Este artigo apresenta uma revisão narrativa da literatura sobre os fundamentos históricos, os princípios técnicos e as possibilidades de aplicação da psicoterapia focal psicanalítica, com ênfase no contexto hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. Foram consultadas as bases SciELO, PePSIC e Biblioteca Virtual em Saúde, priorizando publicações em língua portuguesa que discutissem indicações, técnica e aplicabilidade institucional da abordagem. Os achados indicam que a psicoterapia focal se mostra viável sobretudo em unidades ambulatoriais, onde o setting permite maior privacidade e continuidade, mas encontra restrições relevantes em enfermarias e unidades de terapia intensiva, cujas características institucionais dificultam a fixação de foco e prazo. Conclui-se que a aplicabilidade da técnica depende menos de uma suposta superioridade sobre outras abordagens e mais da compatibilidade entre critérios de indicação, características do paciente e condições concretas do serviço que o acolhe.

Palavras-chave: Psicoterapia breve; psicoterapia focal; psicanálise; psicologia hospitalar; Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O acesso a tratamentos psicoterapêuticos de orientação psicanalítica sempre esbarrou em um obstáculo prático: o tempo. Análises clássicas, com sessões frequentes ao longo de anos, pressupõem disponibilidade financeira e institucional que boa parte da população nunca teve. Esse descompasso entre demanda e oferta ganhou contornos dramáticos após a Segunda Guerra Mundial, quando o número de pessoas necessitadas de cuidado psicológico cresceu de forma muito mais acelerada do que o número de profissionais habilitados a oferecê-lo (Lustosa, 2010). Foi nesse cenário concreto — não em uma reflexão puramente teórica — que a psicoterapia breve de orientação psicanalítica, também chamada de psicoterapia focal, ganhou espaço como alternativa viável.

Freud já havia experimentado, ainda que com reservas, análises de curta duração com pacientes que não podiam permanecer em Viena por longos períodos. Manteve-se, contudo, cético quanto à eficácia dessas experiências (Braier, 2008). Coube a outros psicanalistas dar continuidade à busca por formas mais breves de intervenção. Sandor Ferenczi, em parceria com Otto Rank, propôs a chamada análise ativa, na tentativa de acelerar processos que a técnica clássica deixava avançar lentamente (Lustosa, 2010). Décadas mais tarde, na Clínica Tavistock, em Londres, Michael Balint reuniu uma equipe de pesquisa dedicada a investigar sistematicamente se a psicoterapia breve focal produzia resultados sustentáveis; o trabalho resultou na obra *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis* (Balint et al., 1972). David Malan, integrante dessa mesma equipe, deu prosseguimento à investigação empírica dos resultados obtidos, publicando *A Study of Brief Psychotherapy*, um dos primeiros esforços sistemáticos de validação de resultados em psicoterapia psicanalítica breve (Malan, 1963).

No Brasil e na América Latina, autores como Eduardo Alberto Braier, Mauro Hegenberg, Marcelo Knobel e Héctor Fiorini adaptaram e difundiram essas ideias, cada um com ênfases técnicas próprias — insight e ponto de urgência para Braier (2008), procedimento em quatro tarefas para Hegenberg (2010), omissões deliberadas para Fiorini (2004). Essa pluralidade de vozes já sinaliza algo importante: não existe uma única psicoterapia focal, e sim um conjunto de técnicas que compartilham dois eixos estruturantes — o foco e o tempo limitado —, mas divergem consideravelmente quanto ao grau de atividade do terapeuta, ao lugar da transferência e ao próprio conceito de cura.

Por que retomar esse tema agora? Porque a questão que motivou o surgimento da técnica — a desproporção entre demanda e oferta de cuidado psicológico — segue atual, e talvez mais urgente, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Filas de espera em ambulatorios de psicologia, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são realidade conhecida de qualquer profissional que já tenha atuado na rede pública. Cabe perguntar, então, em que medida a psicoterapia focal psicanalítica — pensada originalmente para outro contexto histórico e institucional — pode ser transposta, sem perdas relevantes, para a realidade assistencial brasileira contemporânea.

Este artigo tem como objetivo revisar a literatura disponível sobre os fundamentos, os princípios técnicos e as possibilidades de aplicação da psicoterapia focal psicanalítica, discutindo de forma crítica sua adequação a diferentes contextos institucionais de saúde, com atenção especial ao ambiente hospitalar e ambulatorial do SUS.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, não sistemática, cujo propósito foi reunir e articular criticamente publicações relevantes sobre psicoterapia breve de orientação psicanalítica, também identificada como psicoterapia focal ou psicoterapia psicodinâmica focal. A busca foi realizada nas bases SciELO, PePSIC e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), complementada por consulta a livros de referência da área e a repositórios de teses e dissertações, entre março e junho de 2026. Os descritores utilizados, isolados e combinados, foram: psicoterapia breve; psicoterapia focal; psicanálise; psicologia hospitalar; terapia interpessoal; e Sistema Único de Saúde.

Foram priorizados textos em língua portuguesa e espanhola, dada a relevância da produção latino-americana sobre o tema, sem restrição de data de publicação — opção justificada pelo caráter fundacional de boa parte da bibliografia clássica (décadas de 1960 a 1990), ainda hoje referenciada pela literatura mais recente. Incluíram-se artigos, capítulos e livros que discutissem fundamentos históricos, princípios técnicos, critérios de indicação ou contextos de aplicação institucional da psicoterapia focal. Foram excluídos textos que tratassem exclusivamente de abordagens breves não psicanalíticas, sem qualquer articulação com o referencial psicodinâmico.

Por se tratar de revisão de literatura, sem coleta de dados junto a pacientes, o presente estudo não demandou submissão a comitê de ética em pesquisa. Não houve financiamento de agências de fomento nem depósito de dados em repositório público, uma vez que não foram produzidos dados primários.

3. RESULTADOS

3.1. Fundamentos históricos e conceituais

A busca por reduzir a duração dos tratamentos psicanalíticos não é recente, tampouco unânime dentro da própria psicanálise. Freud recorreu a análises curtas em situações específicas, como a de pacientes estrangeiros com permanência limitada em Viena, mas manteve reservas quanto à extensão desse recurso a outros casos (Braier,

2008). A divergência entre Freud e Ferenczi a respeito da chamada reação terapêutica negativa, ocorrida por volta dos anos 1920, tornou-se um marco: a partir dali variações no enquadre clássico passaram a ser vistas, por parte considerável da comunidade psicanalítica, com desconfiança (Lustosa, 2010).

Ferenczi não se deixou deter por esse clima. Em parceria com Otto Rank, propôs a técnica ativa, num esforço deliberado de abreviar a cura psicanalítica (Lustosa, 2010). O legado dessa dupla seria retomado décadas depois, do outro lado do Canal da Mancha, por pesquisadores como Michael Balint. Refugiado na Inglaterra após escapar da perseguição nazista na Hungria, Balint encontrou na Clínica Tavistock um ambiente propício para desenvolver, ao lado de sua esposa Enid e de Paul Ornstein, o que chamariam de psicoterapia focal — uma modalidade em que um problema específico apresentado pelo paciente é escolhido como foco central da interpretação, mantendo a intensidade transferencial sob controle (Balint et al., 1972).

David Malan, integrante do grupo de pesquisa fundado por Balint em 1955, assumiu a tarefa de submeter essa proposta a avaliação empírica mais sistemática. Os primeiros vinte e um casos tratados pela equipe foram analisados em sua tese de doutorado e, posteriormente, na obra *A Study of Brief Psychotherapy* (Malan, 1963) — um dos primeiros exemplos de tentativa de reconciliar julgamento clínico e método objetivo em pesquisa psicodinâmica.

3.2. Princípios técnicos

Apesar da diversidade de escolas, a literatura converge quanto à existência de dois eixos estruturantes da psicoterapia focal: o limite de tempo pré-estabelecido e a existência de um foco específico. Braier (2008) descreve o limite temporal como um elemento que, uma vez fixado no início do tratamento, cria uma configuração vincular distinta da psicanálise clássica, influenciando de modo decisivo os rumos e o desfecho do processo terapêutico. Esse prazo não é meramente administrativo: opera como organizador da própria dinâmica transferencial, ao introduzir, desde o início, a perspectiva da separação.

O foco, por sua vez, cumpre a função de orientar a escuta e as intervenções do terapeuta, evitando a dispersão que caracterizaria um tratamento sem prazo definido. Fiorini (2004) denominou essa estratégia de atenção seletiva de omissões deliberadas: deixar passar material clinicamente relevante, porém alheio ao foco estabelecido. Já Braier (2008) trabalha com a noção de ponto de urgência — a situação psíquica inconsciente que, em determinado momento, predomina no sujeito e responde pelas ansiedades e defesas que motivaram a consulta.

Vale uma ressalva conceitual pouco explorada fora dos círculos especializados: psicoterapia focal e psicoterapia breve não são sinônimos perfeitos. Segundo Knobel (1986), a primeira concentra-se na resolução da queixa ou do conflito predominante apresentado pelo paciente; a segunda propõe-se a auxiliar o sujeito a lidar com os diversos conflitos que compõem determinado quadro psicopatológico, ainda que dentro de um tempo limitado. Na prática clínica cotidiana, contudo, os dois termos costumam ser usados de forma intercambiável — algo que a literatura brasileira ainda não resolveu de modo satisfatório.

Quanto ao grau de atividade do terapeuta, as diferenças entre autores são consideráveis. Knobel (1986) propõe uma técnica não regressiva e de predomínio cognitivo, sustentada por uma entrevista inicial minuciosa, capaz de embasar diagnóstico e prognóstico. Gilliéron (1986), ao contrário, mantém-se mais próximo da associação livre clássica, sem definir previamente o problema a ser tratado e sem exigir do terapeuta uma postura ativa — opção que reflete um momento de transição entre a psicanálise e as psicoterapias breves propriamente ditas. Fiorini (2004) situa-se em posição intermediária, atribuindo ao terapeuta um papel ativo na elaboração do que chama de projeto terapêutico, sem, no entanto, abrir mão da compreensão psicodinâmica da estrutura de personalidade do paciente.

3.3. Indicações e contraindicações

A definição de quem se beneficia mais de um tratamento breve e focal permanece um dos pontos mais debatidos na literatura. Knobel (1986), Braier (2008) e Fiorini (2004) convergem ao apontar critérios como: inteligência preservada; histórico de ao menos uma relação significativa; vivência de crise emocional recente; capacidade de estabelecer vínculo com o entrevistador; motivação para um trabalho psíquico intenso em pouco tempo; presença de queixa específica; e disposição para mudança. A psicopatologia deve, de preferência, ser de caráter leve e circunscrito, associada a uma personalidade de base relativamente saudável.

Esses critérios, porém, não devem ser tomados como garantia de sucesso terapêutico. Fiorini (2004) adverte que a psicoterapia breve pode fracassar ou produzir apenas alívios superficiais, com desaparecimento temporário de sintomas seguido da instalação de uma pseudoadaptação em nível regressivo — um alerta que a literatura de divulgação sobre o tema costuma omitir, talvez por interesse em promover a técnica como solução ágil e definitiva. Não é. Mudanças estruturais de personalidade, quando ocorrem, tendem a ser limitadas; o que a técnica oferece com mais consistência são modificações dinâmicas pontuais, ainda que clinicamente relevantes.

3.4. Aplicação em contexto hospitalar e ambulatorial

É no ambiente hospitalar que a aplicabilidade da psicoterapia focal encontra seu teste mais rigoroso — e também suas limitações mais evidentes. Almeida (2010), em revisão dedicada especificamente a esse contexto, conclui que a técnica não é indicada de modo uniforme em todas as unidades de um hospital geral. No ambulatório, onde é possível garantir um mínimo de privacidade, disposição face a face e continuidade de horários, a psicoterapia focal encontra as condições de setting mais próximas do ideal técnico. Já em enfermarias, o quadro se complica: o espaço físico é compartilhado, interrupções por parte da equipe de enfermagem e de outros profissionais são frequentes, e o tempo de internação — variável e, muitas vezes, decrescente — dificulta o planejamento de um foco e de um prazo previamente definidos (Almeida, 2010).

Em unidades de terapia intensiva, a autora é ainda mais categórica: a gravidade clínica dos pacientes, a rotatividade de leitos e a própria dinâmica de trabalho da equipe tornam a psicoterapia breve, tal como formulada classicamente, pouco indicada. O psicólogo que atua nesses setores costuma desempenhar outras funções — comunicação, avaliação de quadros psicopatológicos decorrentes da própria internação, mediação entre paciente, equipe e família — que não se confundem com a condução de um processo psicoterapêutico focal propriamente dito (Almeida, 2010). Lustosa (2010) chega a conclusão semelhante por outro caminho, ao descrever a trajetória histórica da psicoterapia breve desde Freud até sua chegada à psicologia hospitalar brasileira. Para essa autora, a técnica se ajusta bem ao trabalho ambulatorial precisamente porque preserva alguns elementos do enquadre clássico — sigilo, regularidade, um mínimo de estabilidade espacial — que a internação hospitalar tende a corroer.

Fora do hospital, no campo mais amplo da psiquiatria, a Terapia Interpessoal (TIP) oferece um exemplo interessante de modelo breve e focal com origem distinta da tradição psicanalítica britânica, ainda que compartilhe seus dois eixos estruturantes. Desenvolvida inicialmente para o tratamento da depressão, a TIP organiza-se em três fases — inicial, intermediária e final —, sendo a fase intermediária dedicada ao trabalho sobre um foco interpessoal previamente diagnosticado (Mello, 2004). No Brasil, a técnica foi introduzida e difundida principalmente a partir da Universidade Federal de São Paulo, tendo seu espectro de aplicação ampliado ao longo do tempo para além da depressão.

3.5. Divergências teóricas: a leitura fenomenológico-existencial

Nem toda proposta de psicoterapia focal deriva da tradição freudiana clássica ou de suas variações kleinianas e independentes britânicas. Cardinalli (2020) propõe uma leitura alternativa, fundamentada na fenomenologia existencial heideggeriana, para o que denomina terapia focal. Nessa perspectiva, o foco não corresponde a um conflito inconsciente nos moldes psicanalíticos, mas à explicitação da experiência do paciente enquanto ser-no-mundo, situado em um contexto de sentido que lhe é próprio. A existência dessa via alternativa é um lembrete útil: falar em psicoterapia focal, no singular, é uma simplificação — convivem, sob esse rótulo, ao menos duas grandes famílias teóricas com pressupostos de sujeito e de cura bastante distintos entre si.

Discussão

Os achados reunidos nesta revisão sugerem uma conclusão que talvez soe pouco entusiasmante para quem espera de uma revisão de literatura um veredito definitivo: a psicoterapia focal psicanalítica não é, e provavelmente nunca foi, uma solução universal para o problema da escassez de acesso a cuidado psicológico. Sua aplicabilidade depende de uma combinação específica de fatores — características do paciente, condições concretas do setting institucional e, não menos importante, formação e disponibilidade do próprio terapeuta para trabalhar dentro de limites de tempo e foco que a formação psicanalítica clássica não costuma privilegiar.

A literatura consultada aponta uma tensão que atravessa décadas: de um lado, autores como Braier (2008), Knobel (1986) e Fiorini (2004) descrevem critérios de indicação relativamente estritos, voltados a pacientes com organização psíquica preservada e crise recente e circunscrita; de outro, a pressão assistencial concreta — seja no SUS brasileiro, seja em outros sistemas públicos de saúde — empurra a técnica na direção de populações mais heterogêneas, para as quais nem sempre esses critérios se aplicam integralmente. Esse descompasso raramente é discutido com a franqueza necessária pela literatura de divulgação, que tende a apresentar a psicoterapia breve como alternativa ágil e quase sempre indicada, silenciando as advertências dos próprios autores clássicos sobre risco de pseudo Adaptação e alívio sintomático superficial (Fiorini, 2004).

Chama a atenção, ainda, a escassez relativa de estudos empíricos brasileiros com desenho controlado sobre resultados da psicoterapia focal em contextos de saúde pública. A produção nacional consultada nesta revisão — majoritariamente ensaios teóricos, revisões de literatura e relatos de experiência — contrasta com o volume de pesquisa de resultados produzido pelo grupo de Malan na Clínica Tavistock já na década de 1960 (Malan, 1963). Passados mais de sessenta anos, seria razoável esperar volume equivalente de evidência nacional sobre uma técnica tantas vezes recomendada como solução para as filas de espera do SUS; isso, no entanto, não se confirma na literatura levantada. Trata-se de uma lacuna que merece investimento de pesquisa, e não apenas de mais um ensaio teórico sobre o tema — inclusive este.

A comparação entre a psicoterapia focal de orientação psicanalítica clássica e modelos correlatos, como a Terapia Interpessoal (Mello, 2004) e a leitura fenomenológico-existencial (Cardinalli, 2020), reforça a impressão de que o rótulo "psicoterapia focal" abriga mais uma família de estratégias técnicas organizadas em torno de dois princípios comuns — foco e tempo — do que uma escola unificada. Essa pluralidade pode ser lida como riqueza teórica ou como fragmentação conceitual, dependendo do referencial do leitor; a presente revisão não pretende resolver essa disputa, apenas registrá-la.

Quanto ao contexto hospitalar especificamente, os dados de Almeida (2010) merecem destaque por contrariar um senso comum que, por vezes, circula em serviços de psicologia hospitalar: o de que qualquer unidade se beneficiaria de intervenções breves e focais simplesmente por serem breves. A autora demonstra, ao contrário, que a adequação da técnica varia conforme as características concretas de cada setor — e que, em unidades como enfermarias e UTIs, fatores como interrupção constante do atendimento, ausência de privacidade e imprevisibilidade do tempo de internação comprometem justamente os dois elementos que definem a técnica: foco e prazo.

Como limitação desta revisão, cabe reconhecer que se trata de levantamento narrativo, não sistemático, com priorização de literatura em português — escolha que favoreceu a captura da produção brasileira e latino-americana sobre o tema, mas que pode ter deixado de fora contribuições relevantes publicadas em outras línguas, sobretudo

estudos de resultado mais recentes conduzidos fora do eixo consolidado por Balint e Malan. Outra limitação decorre da própria natureza do material disponível: boa parte das fontes consultadas é de caráter teórico ou de revisão, o que limita a força das afirmações sobre eficácia clínica no sentido estrito do termo.

CONCLUSÕES

A psicoterapia focal psicanalítica reúne, há quase um século, dois princípios relativamente estáveis — foco específico e tempo pré-estabelecido — em torno dos quais diferentes autores construíram técnicas distintas, adaptadas a contextos clínicos e institucionais variados. Sua origem esteve associada a uma necessidade histórica concreta: a impossibilidade de oferecer tratamento psicanalítico clássico a todos os que dele precisavam, sobretudo no período pós-Segunda Guerra Mundial.

No cenário brasileiro contemporâneo, marcado por filas de espera em serviços públicos de saúde mental, a técnica mantém relevância, mas não deve ser tomada como solução automática ou universalmente aplicável. A literatura revisada indica que sua viabilidade concentra-se, sobretudo, em contextos ambulatoriais, onde é possível preservar um mínimo de setting estável — privacidade, regularidade, disposição face a face —, ao passo que sua aplicação em enfermarias e unidades de terapia intensiva encontra obstáculos institucionais relevantes.

Fica como agenda de pesquisa a produção de estudos empíricos brasileiros, preferencialmente com desenho comparativo, capazes de avaliar resultados concretos da psicoterapia focal em diferentes pontos da rede de saúde mental do SUS — Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios especializados e Centros de Atenção Psicossocial —, de modo a subsidiar decisões de gestão em saúde com evidência local, e não apenas com a transposição de achados produzidos em outro tempo e lugar.

Agradecimentos: O autor agradece aos pacientes e supervisores que, ao longo da prática clínica em Goianésia (GO), motivaram as questões que deram origem a esta revisão.

Declaração de conflito de interesse: O autor declara não haver conflito de interesse de natureza financeira, institucional ou pessoal relacionado a este manuscrito.

REFERENCIAS

- Almeida, R. A. de. (2010). Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *Revista da SBPH*, 13(1), 94–106.
- Balint, M., Ornstein, P. H., & Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy: An example of applied psychoanalysis*. Tavistock Publications.
- Braier, E. A. (2008). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica (IPEPLAN, Trad.)*. Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984).
- Cardinalli, I. E. (2020). Psicoterapia focal: psicoterapia breve fenomenológica existencial. *Psicologia Revista*, 29(1), 157–175. <https://doi.org/10.23925/594-3871.2020v29i1p157-175>
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnicas de psicoterapias*. Martins Fontes.
- Gillieron, E. (1986). *As psicoterapias breves*. Jorge Zahar Editor.
- Hegenberg, M. (2010). *Psicoterapia breve*. Casa do Psicólogo.
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia breve*. EPU.
- Lustosa, M. A. (2010). A psicoterapia breve no hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(2), 259–269.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Tavistock Publications.
- Mello, M. F. de. (2004). Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 124–130. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000200010>