



Artigo Periódico publicado em: Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana - EBPF

Estudos de Psicanálise | Hortolândia-SP | N. 30 | p. 20 | Janeiro/2026

RESUMO: Este artigo analisa o processo de constituição da técnica psicanalítica em Sigmund Freud a partir da transição da hipnose para a associação livre, compreendendo esse movimento como uma ruptura epistemológica decisiva na história da clínica do sofrimento psíquico. A problemática central que orienta a investigação consiste em demonstrar que a substituição da sugestão hipnótica pelo método da associação livre não representa uma simples modificação procedimental, mas a fundação de um novo paradigma clínico, científico e ético, no qual o inconsciente passa a ocupar o lugar central na produção do saber terapêutico. A partir de uma revisão teórico-metapsicológica da obra freudiana, o artigo discute os limites estruturais da hipnose, a elevação da resistência à condição de operador clínico, a formulação da associação livre como regra fundamental, a atenção flutuante como correlato técnico da escuta analítica e a centralidade da transferência como eixo organizador do tratamento. Analisa-se, ainda, a recusa freudiana da manualização técnica e a inseparabilidade entre método e ética na prática psicanalítica. Conclui-se que a técnica freudiana não se organiza em torno da eliminação direta do sintoma, mas da elaboração simbólica do conflito inconsciente, sustentando a singularidade do sujeito e o tempo próprio do trabalho analítico. O estudo reafirma a atualidade do método freudiano frente às demandas contemporâneas de padronização terapêutica, medicalização do sofrimento e aceleração dos processos clínicos, destacando a psicanálise como prática científica, ética e crítica da subjetividade moderna.

Palavras-Chave: Psicanálise freudiana; Técnica psicanalítica; Associação livre; Transferência; Resistência; Inconsciente; Ética clínica.

Aprovado pelo comitê de ensino-pesquisa em: 16 de janeiro de 2026

DA HIPNOSE À ASSOCIAÇÃO LIVRE: O Nascimento da Técnica Psicanalítica em Freud

Esp. Andreia Daluia

Publicado em: EBPF

16 de Janeiro de 2026

Quando uma Técnica nasce do Impasse Clínico

A criação da técnica psicanalítica, tal como formulada por Sigmund Freud, não pode ser compreendida como um simples aprimoramento de métodos terapêuticos pré-existentes, tampouco como uma inovação instrumental circunscrita ao campo médico

Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana – EBPF

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista – Limeira-SP

CNPJ: 22.698.853/0001-81 | Site: www.ebpf.com.br | Instagram: @ebpf.escoladepsicanalise



do final do século XIX. Trata-se, antes, de uma ruptura epistemológica radical na forma de conceber o sofrimento psíquico, o lugar do sujeito e o estatuto do saber clínico. A passagem da hipnose à associação livre¹ inaugura uma clínica que não se organiza mais a partir da sugestão, da autoridade do terapeuta ou da eliminação direta do sintoma, mas a partir da escuta sistemática do inconsciente enquanto instância dinâmica, conflitiva e estruturante do psiquismo (FREUD, 1895; 1900).

Desde seus primeiros escritos, Freud se depara com um paradoxo clínico incontornável: os sintomas histéricos² cedem momentaneamente à hipnose, mas retornam sob novas formas, revelando que sua causa não se esgota na recordação consciente de um evento traumático. Esse retorno insistente do sintoma não é interpretado por Freud como falha técnica contingente³, mas como expressão de uma lógica psíquica própria, regida por mecanismos de defesa, recalcamto e compromisso

¹ Associação livre: regra técnica fundamental da psicanálise formulada por Sigmund Freud, segundo a qual o paciente é convidado a verbalizar tudo o que lhe ocorre à mente, sem seleção, censura moral ou organização lógica prévia. Longe de constituir uma fala espontânea ou desordenada, a associação livre funda-se no princípio do determinismo psíquico, segundo o qual lapsos, repetições, interrupções, silêncios e desvios discursivos são formações do inconsciente e, portanto, material clínico legítimo. Essa regra visa contornar a censura consciente para tornar observáveis as resistências, os mecanismos de defesa e os encadeamentos simbólicos que estruturam o sintoma. Conforme Freud, “não existe acaso no domínio psíquico” (FREUD, 1901), razão pela qual a associação livre se configura simultaneamente como método clínico, dispositivo epistemológico e posição ética diante do inconsciente (FREUD, 1900; 1912b; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

² Sintomas histéricos: manifestações clínicas características da histeria descritas por Sigmund Freud desde seus primeiros trabalhos, especialmente em *Estudos sobre a histeria* (1895), nas quais conflitos psíquicos inconscientes se expressam por meio de sintomas corporais ou funcionais sem base orgânica correspondente. Esses sintomas, tais como paralisias, anestésias, dores, cegueiras, afonias e crises conversivas, resultam do mecanismo de conversão, pelo qual a excitação psíquica ligada a representações incompatíveis é desviada para o corpo, produzindo uma solução de compromisso entre a satisfação pulsional e as exigências defensivas do ego. Para Freud, os sintomas histéricos não são simulados nem arbitrários, mas dotados de sentido simbólico e articulados à história singular do sujeito, constituindo formações do inconsciente que obedecem às leis do recalcamto, da sobredeterminação e da determinação psíquica (FREUD, 1895; 1900; 1915).

³ Contingente: termo utilizado para designar aquilo que ocorre de modo acidental, circunstancial ou dependente de condições externas, não sendo necessário nem estrutural. No campo da psicanálise freudiana, o contingente refere-se aos fatores que podem influenciar a manifestação dos sintomas ou o curso do tratamento, mas que não explicam, por si sós, a lógica do funcionamento psíquico. Freud distingue claramente o que é contingente do que é determinado pelo conflito inconsciente, pelo recalcamto e pelas formações de compromisso, afirmando o princípio do determinismo psíquico, segundo o qual mesmo os acontecimentos aparentemente fortuitos estão articulados a cadeias de sentido inconscientes (FREUD, 1901; 1915). Assim, na



pulsional (FREUD, 1915). Assim, o abandono progressivo da hipnose não decorre de uma opção teórica abstrata, mas de uma exigência clínica imposta pelo próprio objeto de investigação: o inconsciente.

A técnica hipnótica, ao suspender artificialmente as resistências do paciente, produzia um efeito paradoxal, ou seja, ao mesmo tempo em que permitia o acesso a certos conteúdos psíquicos, impedia a observação do modo como o sujeito se defende contra eles. Freud percebe que, ao contornar a resistência, a hipnose elimina justamente aquilo que deveria ser analisado. Essa constatação marca um ponto decisivo, sendo que, não é possível compreender o sofrimento psíquico sem considerar as forças que se opõem ao saber sobre ele. A resistência deixa de ser obstáculo técnico e passa a ocupar o centro da clínica psicanalítica (FREUD, 1912a).

É nesse contexto que a associação livre se impõe como necessidade lógica e metodológica. Ao invés de conduzir o paciente a estados alterados de consciência ou de dirigir ativamente sua narrativa, Freud institui uma regra técnica que devolve ao sujeito a responsabilidade por seu discurso, permitindo que o inconsciente se manifeste de modo indireto, fragmentado e, muitas vezes, contraditório. A associação livre não é, portanto, uma técnica de facilitação da fala, mas um dispositivo rigoroso de desorganização da censura consciente, que torna observável a dinâmica do recalçamento e suas falhas (FREUD, 1900; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Esse deslocamento implica uma transformação profunda na posição do analista. A clínica freudiana abandona definitivamente a figura do terapeuta como agente de sugestão ou correção e inaugura uma prática sustentada pela escuta metódica, pela suspensão de julgamentos e pela recusa de interpretações precipitadas. A técnica deixa de operar pela imposição de sentido e passa a funcionar pela criação de condições para que o sentido emergja do próprio material psíquico do paciente, respeitando o tempo, as resistências e as formações do inconsciente (FREUD, 1912b).

Do ponto de vista epistemológico, a associação livre afirma um princípio decisivo, ou seja, não há fenômeno psíquico sem determinação. Lapsos, esquecimentos, ideias aparentemente irrelevantes e desvios narrativos deixam de ser considerados ruídos e passam a ser tratados como formações legítimas do inconsciente. Com isso, Freud

clínica psicanalítica, o contingente pode atuar como desencadeador ou circunstância, mas nunca como causa última do sintoma, cuja origem é estrutural e simbólica.

Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana – EBPF

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista – Limeira-SP

CNPJ: 22.698.853/0001-81 | Site: www.ebpf.com.br | Instagram: @ebpf.escoladepsicanalise



institui um modelo clínico que rompe tanto com o ideal médico de objetividade externa quanto com explicações moralizantes ou voluntaristas do sofrimento psíquico (FREUD, 1901).

Além disso, a adoção da associação livre prepara o terreno para uma das maiores descobertas freudianas: a transferência⁴. Ao permitir que o discurso do paciente se organize livremente, a técnica evidencia que o passado não é apenas lembrado, mas reencenado no vínculo com o analista. A clínica deixa de ser um espaço de rememoração puramente histórica e passa a ser um campo vivo de atualização do conflito inconsciente, no qual o analista ocupa um lugar estrutural no drama psíquico do sujeito (FREUD, 1912a; 1914).

Por fim, é fundamental afirmar com precisão, que: a criação da técnica psicanalítica não é separável da ética freudiana. Ao renunciar à sugestão, Freud renuncia também ao poder direto sobre o paciente e aceita submeter a clínica às leis do inconsciente, ainda que isso implique lentidão, incerteza e confrontação com o mal-estar. A associação livre inaugura, assim, uma prática clínica que não promete adaptação rápida nem supressão imediata do sofrimento, mas um trabalho de elaboração psíquica orientado pela verdade singular do sujeito (FREUD, 1914; 1937).

É a partir desse gesto inaugural, a substituição da hipnose pela associação livre, que se constitui a psicanálise como campo clínico, teórico e ético autônomo. Compreender esse movimento não é apenas revisitar a história da técnica, mas reafirmar os fundamentos que distinguem a psicanálise de qualquer prática terapêutica baseada na sugestão, no controle ou na normatização do sujeito.

1. Hipnose e Sugestão: Eficácia Aparente e Limite Estrutural

⁴ Transferência: conceito central da técnica psicanalítica formulado por Sigmund Freud, que designa o deslocamento e a atualização, no vínculo com o analista, de desejos, afetos, fantasias e protótipos relacionais originários das primeiras relações objetais do sujeito. Inicialmente concebida como resistência ao tratamento, a transferência é progressivamente reconhecida por Freud como o principal motor da análise, pois é na relação transferencial que o inconsciente se torna atual, observável e interpretável (FREUD, 1912a; 1914). Longe de ser um fenômeno artificial produzido pelo setting, a transferência é inerente a toda relação humana, assumindo na situação analítica uma forma específica em razão da regra fundamental e da posição de neutralidade do analista. Na clínica freudiana, a análise da transferência não visa sua eliminação, mas sua elaboração, permitindo que o sujeito reconheça e transforme os modos repetitivos pelos quais se relaciona com o desejo, a autoridade e o amor (FREUD, 1912c; 1926).



Nos *Estudos sobre a histeria*, Freud e Breuer descrevem o horizonte técnico de seu tempo, ou seja, a hipnose e o método catártico⁵. A hipótese central era que o sintoma histérico teria relação com representações e afetos dissociados, e que a rememoração sob hipnose permitiria descarregar o afeto ligado à cena traumática, produzindo alívio (FREUD; BREUER, 1895). Do ponto de vista clínico imediato, havia “êxitos”. Mas Freud percebeu um limite decisivo: o sintoma retornava, e o retorno não era um acidente, era um índice do próprio funcionamento psíquico.

O problema, para Freud, não era meramente que a hipnose “falhava” em alguns pacientes; era que sua lógica operatória tendia a contornar aquilo que mais importava, sendo este, o modo como o sujeito se defende de certas representações. Em linguagem metapsicológica, a hipnose produzia uma via curta que frequentemente evitava o trabalho das resistências, convertendo o tratamento em uma espécie de intervenção externa, com risco de dependência do terapeuta e fragilidade na sustentação dos efeitos (FREUD, 1895).

Aqui, aparece um ponto técnico fundamental: na hipnose, o terapeuta ocupa uma posição de comando; na psicanálise nascente, Freud compreende que a clínica precisa descobrir como o sujeito produz o sintoma e como ele resiste ao saber sobre si, pois essa resistência é constitutiva e não contingente (FREUD, 1900; 1915).

2. O Impasse Como Método: Resistência e Abandono da “Via Direta”

O abandono progressivo da hipnose por Sigmund Freud não deve ser interpretado como simples insatisfação com um procedimento técnico específico, mas como consequência direta de uma descoberta clínica decisiva: o sofrimento psíquico não se deixa abordar por vias diretas, pois é estruturado precisamente por forças que se opõem ao saber consciente. A resistência não aparece, em Freud, como um efeito

⁵ Método catártico: procedimento terapêutico desenvolvido no final do século XIX por Sigmund Freud em colaboração com Josef Breuer, descrito em *Estudos sobre a histeria* (1895). O método consistia em induzir o paciente, geralmente por meio da hipnose, a recordar cenas traumáticas associadas ao surgimento dos sintomas, promovendo a descarga (ab-reação) dos afetos ligados a essas representações recalcadas. Partia-se da hipótese de que o sintoma histérico resultaria de um afeto não descarregado, mantido fora da consciência. Embora clinicamente eficaz em alguns casos, Freud reconhece os limites estruturais do método catártico, sobretudo por contornar as resistências e apoiar-se na sugestão, o que levou ao abandono progressivo dessa técnica e à formulação da associação livre como fundamento da clínica psicanalítica propriamente dita (FREUD; BREUER, 1895; FREUD, 1912a).



secundário do tratamento, mas como expressão constitutiva do conflito psíquico inconsciente. Esse reconhecimento marca uma inflexão radical na clínica, na qual o obstáculo deixa de ser algo a ser eliminado e passa a ser o próprio objeto de investigação analítica (FREUD, 1912a; 1915).

Na hipnose, o terapeuta suspende artificialmente as resistências, obtendo acesso a lembranças e afetos que, em estado de vigília, permaneceriam inacessíveis. Contudo, Freud percebe que esse acesso não equivale a uma elaboração psíquica. Ao contrário, a supressão das resistências impede que se observe o modo como o ego se organiza defensivamente frente a representações incompatíveis. O método hipnótico, ao contornar o conflito, produz um efeito terapêutico frágil e transitório, pois não incide sobre a dinâmica do recalçamento, mas apenas sobre seus conteúdos momentaneamente liberados (FREUD; BREUER, 1895).

Esse ponto é central para a construção da técnica psicanalítica: Freud compreende que o sintoma não persiste apesar da resistência, mas por causa dela. O sintoma é uma formação de compromisso entre a exigência pulsional e as forças defensivas do ego; suprimidas artificialmente essas defesas, o equilíbrio se rompe apenas provisoriamente, levando ao retorno sintomático sob novas formas. Assim, o fracasso da hipnose revela uma verdade estrutural: não há tratamento possível do sofrimento psíquico sem que as resistências sejam reconhecidas, analisadas e progressivamente elaboradas (FREUD, 1915; 1926).

A partir dessa constatação, Freud abandona definitivamente a “*via direta*”, isto é, a tentativa de conduzir o paciente à recordação plena de uma cena traumática, e passa a sustentar que o trabalho clínico deve respeitar o modo indireto de manifestação do inconsciente. O psiquismo não se organiza segundo uma lógica de transparência, mas por deslocamentos, condensações e deformações, que exigem um método capaz de acompanhar essas vias tortuosas. A resistência deixa de ser compreendida como falha da colaboração do paciente e passa a ser tomada como indício clínico privilegiado do ponto exato onde o conflito se intensifica.

Nesse sentido, a resistência assume estatuto metodológico: ela indica o lugar onde o recalçamento opera com maior força e onde o trabalho analítico deve se deter. Freud enfatiza que o analista não deve combater a resistência por meio da persuasão ou da autoridade, pois isso equivaleria a reinstaurar a lógica da sugestão. O manejo



técnico da resistência exige, ao contrário, paciência, escuta rigorosa e interpretação no tempo oportuno, respeitando os limites do ego e a economia psíquica do sujeito (FREUD, 1912a; 1937).

Esse deslocamento tem implicações éticas profundas. Ao reconhecer a resistência como fenômeno legítimo e necessário, Freud recusa qualquer prática clínica fundada na coerção, na adaptação forçada ou na correção normativa do sujeito. A técnica psicanalítica nasce, assim, de uma ética que aceita o conflito como constitutivo da subjetividade e que reconhece que o sofrimento não pode ser simplesmente eliminado sem que algo essencial do sujeito seja violentado. Trabalhar com a resistência é, portanto, trabalhar com o sujeito e não contra ele.

Por fim, é importante sublinhar que a elevação da resistência à condição de método prepara o terreno para duas descobertas centrais da psicanálise: a associação livre e a transferência. Ao permitir que a resistência se manifeste na fala, nos silêncios, nos desvios e nas repetições, Freud cria as condições para que o inconsciente se torne acessível não como conteúdo oculto, mas como processo em ato. O abandono da via direta não representa um empobrecimento da técnica, mas sua sofisticação máxima: a clínica passa a operar não pela supressão do conflito, mas pela sua elaboração simbólica.

3. Associação Livre: Uma Regra Técnica e uma Tese sobre o Psiquismo

A formulação da associação livre por Sigmund Freud não representa apenas a criação de uma nova regra clínica, mas a institucionalização de uma tese radical sobre o modo de funcionamento do aparelho psíquico. Ao estabelecer que o paciente deve dizer tudo o que lhe ocorre à mente, sem seleção consciente, Freud não propõe um exercício de espontaneidade discursiva, mas a construção de um dispositivo metodológico destinado a tornar visível a lógica do inconsciente. A associação livre funda-se na convicção científica de que o psiquismo é regido por determinismo próprio, no qual nenhum ato mental é verdadeiramente arbitrário ou casual (FREUD, 1900; 1901).



Do ponto de vista metapsicológico, a associação livre só é compreensível à luz da teoria do recalçamento⁶. Freud demonstra que o inconsciente não se manifesta de forma direta, mas retorna deformado sob a forma de lapsos, atos falhos, deslocamentos temáticos, interrupções do discurso e formações sintomáticas. A regra fundamental permite que essas formações emergentes sejam acolhidas como material legítimo de análise, em vez de serem corrigidas ou descartadas como irrelevantes. Assim, o método não visa a linearidade narrativa, mas a exposição do funcionamento associativo próprio do inconsciente, marcado pela condensação, deslocamento e sobredeterminação (FREUD, 1900; 1915).

É fundamental enfatizar que a associação livre não elimina a censura psíquica, ao contrário, ela a torna observável. O paciente continua selecionando, omitindo, resistindo e organizando sua fala, mas agora essas operações deixam de ser invisíveis e passam a constituir o próprio campo de trabalho analítico. Quando o discurso se fragmenta, quando surge um esquecimento súbito, quando o sujeito declara “*isso não tem importância*” ou muda abruptamente de tema, não se trata de falhas técnicas, mas de sinais clínicos privilegiados da ação defensiva do ego (FREUD, 1912a; 1926).

Nesse sentido, a associação livre transforma a clínica em um espaço de observação direta do conflito psíquico em movimento. O inconsciente deixa de ser concebido como um “*depósito de conteúdos reprimidos*” e passa a ser compreendido como um sistema dinâmico, que se manifesta continuamente no discurso, nos afetos e nas repetições. Laplanche e Pontalis destacam que a associação livre constitui o eixo metodológico que distingue a psicanálise de qualquer outra prática terapêutica, pois ela articula método clínico, teoria do inconsciente e posição ética diante do sujeito (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

⁶ Recalçamento (*Verdrängung*): mecanismo psíquico fundamental descrito por Sigmund Freud, responsável pela exclusão de representações, desejos e impulsos pulsionais incompatíveis com as exigências do ego e com as normas culturais internalizadas. Diferentemente de um simples esquecimento consciente, o recalçamento implica um processo ativo e dinâmico, no qual o conteúdo recalçado permanece operante no inconsciente, retornando de forma deformada por meio de sintomas, lapsos, sonhos e atos falhos. Freud distingue ainda o recalçamento originário, que funda a própria constituição do inconsciente, e o recalçamento propriamente dito, que mantém afastadas da consciência as representações ligadas a esse núcleo primário. Trata-se, portanto, de um mecanismo estruturante do aparelho psíquico, essencial para a compreensão da neurose e das formações do inconsciente (FREUD, 1915; 1926; 1900).



Além disso, a regra fundamental introduz uma mudança decisiva na economia da fala clínica. Diferentemente das entrevistas dirigidas ou das anamneses estruturadas, a associação livre suspende a primazia da causalidade consciente e da narrativa racionalizante. O paciente não é convidado a explicar seus sintomas, mas a permitir que o sintoma “fale” indiretamente por meio das cadeias associativas. Essa inversão desloca o centro da clínica do conteúdo manifesto para os processos inconscientes que organizam o discurso, exigindo do analista uma escuta treinada para captar repetições, rupturas, ambiguidades e deslocamentos simbólicos (FREUD, 1912b).

Do ponto de vista técnico, a associação livre também redefine o tempo do tratamento. Ao abandonar a busca por resultados imediatos e por revelações súbitas, Freud inaugura uma clínica do trabalho de elaboração. A produção associativa não visa apenas à recordação de eventos passados, mas à transformação progressiva das relações do sujeito com seus afetos, fantasias⁷ e modos defensivos⁸. O processo analítico passa a operar por aproximações sucessivas do núcleo recalçado, respeitando as resistências e evitando interpretações intrusivas que poderiam reforçar defesas ou produzir retraumatizações (FREUD, 1914; 1937).

Outro aspecto fundamental é que a associação livre não atua isoladamente, ela só adquire pleno sentido em articulação com a atenção flutuante do analista. Trata-se ,

⁷ Fantasia (*Phantasie*): conceito central na teoria psicanalítica freudiana que designa as formações psíquicas, conscientes ou inconscientes, por meio das quais o sujeito organiza seus desejos, conflitos pulsionais e relações objetais. Para Sigmund Freud, a fantasia não corresponde a simples imaginação voluntária, mas constitui uma estrutura intermediária entre a pulsão e a realidade, funcionando como cenário simbólico no qual o desejo encontra formas de expressão substitutiva. As fantasias inconscientes exercem papel determinante na formação dos sintomas, nos sonhos e na transferência, organizando roteiros repetitivos de relação e satisfação pulsional (FREUD, 1908; 1911; 1915). Na clínica psicanalítica, o trabalho analítico visa tornar essas fantasias parcialmente acessíveis à simbolização, permitindo sua elaboração e transformação, sem reduzi-las a conteúdos meramente narrativos.

⁸ Modos defensivos: conjunto de operações psíquicas mobilizadas pelo ego com a finalidade de proteger o sujeito contra a emergência de conteúdos inconscientes geradores de angústia, conflito ou desprazer. Na teoria freudiana, os mecanismos de defesa, tais como recalçamento, negação, projeção, formação reativa, deslocamento, racionalização e isolamento, não são compreendidos como simples estratégias conscientes, mas como processos em grande parte inconscientes que organizam o equilíbrio psíquico e participam ativamente da constituição dos sintomas e das formações do inconsciente (FREUD, 1915; 1926). Os modos defensivos expressam, portanto, a dinâmica do conflito entre as exigências pulsionais do id, as funções mediadoras do ego e as imposições normativas do superego, desempenhando papel central na estruturação das neuroses e no funcionamento psíquico em geral. Na clínica psicanalítica, a análise desses modos defensivos constitui eixo fundamental do trabalho interpretativo e do processo de elaboração.



de um dispositivo relacional, no qual paciente e analista ocupam posições complementares. Enquanto o paciente é convidado a suspender censuras conscientes, o analista é convocado a suspender seleções interpretativas rígidas. Essa dupla suspensão constitui o espaço psicanalítico propriamente dito, no qual o inconsciente pode se manifestar sem ser imediatamente colonizado por significações prontas (FREUD, 1912b; BION, 1962/1991).

Por fim, é necessário afirmar com clareza, a associação livre não é uma técnica neutra do ponto de vista ético. Ao permitir que o sujeito fale sem imposições normativas, Freud inaugura uma clínica que reconhece a singularidade da experiência psíquica e recusa modelos adaptativos ou moralizantes. A regra fundamental sustenta o direito do sujeito ao seu próprio inconsciente, mesmo quando este se mostra contraditório, ambivalente ou socialmente desconfortável. Nesse sentido, a associação livre não apenas funda a técnica psicanalítica, mas estabelece uma ética da escuta e do respeito à verdade subjetiva, que permanece como um dos pilares mais sólidos da tradição freudiana.

4. A Atenção Flutuante: O Correlato Técnico Que Funda a Escuta Analítica

A formulação da atenção uniformemente suspensa, conhecida como atenção flutuante, por Sigmund Freud constitui um dos pilares menos visíveis, porém mais decisivos, da técnica psicanalítica. Longe de representar uma atitude passiva ou contemplativa, a atenção flutuante⁹ corresponde a uma posição metodológica rigorosa, destinada a impedir que o analista imponha ao material clínico seus esquemas teóricos, expectativas diagnósticas ou juízos morais. Freud introduz essa regra como

⁹ Atenção flutuante (*gleichschwebende Aufmerksamkeit*): princípio técnico formulado por Sigmund Freud, segundo o qual o analista deve suspender seleções conscientes, expectativas interpretativas e julgamentos prévios durante a escuta clínica, mantendo uma postura receptiva e não diretiva frente ao discurso do paciente. Esse procedimento constitui o correlato metodológico da associação livre e visa impedir que o analista imponha sentidos ou organize o material clínico segundo esquemas teóricos rígidos. Freud afirma que essa posição permite ao analista captar formações inconscientes que emergem de modo fragmentado, descontínuo e indireto, respeitando o determinismo psíquico e o tempo próprio do processo analítico. A atenção flutuante não implica passividade, mas um trabalho ativo de contenção das tendências interpretativas imediatas, garantindo a abertura do campo transferencial e a possibilidade de elaboração psíquica (FREUD, 1912b; 1937; BION, 1962/1991).



complemento indispensável à associação livre, afirmando que, se o paciente deve suspender suas censuras conscientes, o analista também deve suspender seus critérios seletivos habituais de escuta (FREUD, 1912b).

Do ponto de vista técnico, a atenção flutuante visa proteger o processo analítico contra dois riscos estruturais: a precipitação interpretativa e a redução do discurso do paciente a categorias prévias. A tendência espontânea do clínico é buscar rapidamente um sentido coerente, organizar narrativas e confirmar hipóteses teóricas. Freud reconhece que esse movimento, embora compreensível, constitui uma forma sutil de sugestão, pois direciona a fala do paciente e empobrece a emergência do material inconsciente. A atenção flutuante exige, portanto, uma disciplina psíquica do analista, marcada pela capacidade de tolerar ambiguidades, silêncios e contradições sem recorrer prematuramente à explicação (FREUD, 1912b; 1937).

Metapsicologicamente, a atenção flutuante se fundamenta na concepção de que o inconsciente se manifesta de modo descontínuo, fragmentado e não linear. O discurso do paciente raramente apresenta, de imediato, a lógica do conflito psíquico, está se constrói progressivamente por meio de repetições, deslocamentos e encadeamentos associativos. Ao suspender a busca por “*dados relevantes*” isolados, o analista se coloca em posição de captar configurações simbólicas mais amplas, que só se tornam visíveis ao longo do tempo e do trabalho clínico continuado (FREUD, 1900; 1915).

Além disso, a atenção flutuante redefine a posição subjetiva do analista na relação terapêutica. Ao abdicar de um lugar de saber imediato e de controle sobre o processo, o analista se coloca como suporte para a emergência do discurso do outro. Essa renúncia ao domínio interpretativo não implica ausência de direção clínica, mas uma forma específica de direção que se orienta pelo material do paciente e não por modelos normativos externos. Trata-se de uma postura ética que protege a singularidade da experiência psíquica e impede que o tratamento se transforme em uma pedagogia moralizante ou adaptativa.

Do ponto de vista da transferência, a atenção flutuante exerce função reguladora fundamental. A relação transferencial tende a mobilizar intensos afetos, fantasias de idealização, hostilidade ou dependência. Se o analista reage a essas manifestações a partir de seus próprios conteúdos inconscientes, o processo analítico corre o risco de se transformar em atuação mútua. A atenção flutuante, articulada à análise da



contratransferência em desenvolvimentos posteriores, permite que o analista mantenha uma posição suficientemente estável para que a transferência possa ser observada, interpretada e elaborada, em vez de simplesmente encenada (FREUD, 1912a; 1915).

Outro aspecto central é que a atenção flutuante está diretamente ligada ao manejo do tempo clínico. Freud enfatiza que a interpretação não deve ser imediata, mas construída no momento oportuno, quando o material psíquico estiver suficientemente próximo da consciência para ser elaborado sem intensificar defesas ou produzir retrações. O analista, ao escutar sem se fixar em elementos isolados, pode acompanhar o ritmo próprio do paciente, respeitando sua economia psíquica e evitando intervenções invasivas. Esse cuidado técnico evidencia que a clínica freudiana é também uma clínica do tempo e da espera, em oposição à lógica contemporânea de respostas rápidas e resultados imediatos (FREUD, 1914; 1937).

Por fim, é necessário afirmar que a atenção flutuante não é um recurso opcional, mas uma condição estrutural da técnica psicanalítica. Sem ela, a associação livre perde sua função, a transferência se transforma em sugestão e o tratamento se reduz a uma troca discursiva superficial. A atenção flutuante garante que o inconsciente não seja colonizado pelo saber do analista, preservando o caráter científico e ético da psicanálise. Nesse sentido, ela não apenas funda a escuta analítica, mas sustenta a própria possibilidade de uma clínica orientada pela verdade subjetiva e pela elaboração psíquica profunda.

5. Da Recordação À Repetição: O Caminho Para a Clínica Da Transferência

A descoberta da transferência representa um dos momentos mais decisivos na construção da técnica psicanalítica por Sigmund Freud, pois desloca definitivamente a clínica da lógica da simples recordação para a compreensão do sofrimento psíquico como repetição viva do conflito inconsciente. Freud demonstra que o paciente não apenas se lembra de suas experiências infantis e de seus vínculos primários, mas tende a reencená-los no presente da relação analítica, projetando no analista expectativas, desejos, medos e fantasias originadas em figuras significativas do passado (FREUD, 1912a; 1914).



Inicialmente, Freud concebe a transferência como uma forma de resistência, na medida em que ela pode funcionar como obstáculo ao acesso direto às lembranças recalçadas. Contudo, essa concepção evolui rapidamente, o autor reconhece que a transferência não é um fenômeno acidental produzido pela situação analítica, mas uma manifestação estrutural do modo como o sujeito se relaciona com o outro. A clínica psicanalítica passa, então, a se organizar a partir de um princípio fundamental, é na transferência que o inconsciente se atualiza e se torna clinicamente acessível (FREUD, 1912a; 1914).

Esse deslocamento possui implicações técnicas profundas. Ao invés de buscar exclusivamente a reconstrução histórica dos eventos traumáticos, o analista passa a observar como o passado se inscreve no presente sob a forma de padrões relacionais repetitivos. O tratamento deixa de ser centrado na rememoração intelectualizada e passa a operar no nível da experiência afetiva atual, na qual o sujeito revive, sem saber, os mesmos impasses emocionais, as mesmas ambivalências e os mesmos modos defensivos que estruturaram sua história psíquica (FREUD, 1914; 1926).

Do ponto de vista metapsicológico, a transferência pode ser compreendida como uma formação de compromisso, na qual conteúdos pulsionais inconscientes encontram uma via de expressão deslocada para a figura do analista. O vínculo transferencial não é uma simples projeção imaginária, mas uma atualização dinâmica das relações objetais primárias, mediada pelos mecanismos de deslocamento, condensação e identificação. Por essa razão, Freud enfatiza que a transferência não deve ser combatida ou neutralizada, mas analisada sistematicamente, pois ela constitui o principal campo de trabalho do processo analítico (FREUD, 1912a; 1915).

A transformação da transferência em eixo técnico implica também uma redefinição da função do analista. Ao ocupar o lugar transferencial, o analista torna-se, inevitavelmente, suporte das fantasias inconscientes do paciente. No entanto, sua tarefa não consiste em responder afetivamente a essas demandas, mas em sustentar uma posição de neutralidade técnica que permita ao sujeito reconhecer os padrões repetitivos que estruturam sua vida relacional. Esse manejo exige extrema disciplina clínica, pois qualquer atuação do analista pode reforçar defesas ou cristalizar posições transferenciais, comprometendo o processo de elaboração (FREUD, 1912b; 1915).



Outro aspecto fundamental é que a transferência revela o caráter compulsivo da repetição, conceito desenvolvido por Freud ao observar que o sujeito tende a repetir experiências dolorosas em vez de simplesmente recordá-las. Essa compulsão à repetição¹⁰ expressa a força das pulsões inconscientes e a dificuldade do aparelho psíquico em simbolizar determinadas experiências traumáticas. A análise da transferência torna-se, assim, o espaço privilegiado para transformar repetição em elaboração, permitindo que o sujeito saia da posição de atuação inconsciente para uma posição reflexiva diante de sua própria história (FREUD, 1920; 1914).

Além disso, a centralidade da transferência redefine a própria noção de cura em psicanálise. O objetivo do tratamento deixa de ser a supressão imediata dos sintomas e passa a ser a modificação estrutural das relações do sujeito com seus objetos internos, seus afetos e seus modos de defesa. A resolução sintomática, quando ocorre, é compreendida como consequência do trabalho transferencial, e não como meta isolada. Freud afirma que é somente por meio da análise da transferência que se torna possível alcançar mudanças duradouras na economia psíquica do paciente (FREUD, 1914; 1937).

Por último, é necessário destacar que a transferência consolida definitivamente a especificidade da técnica psicanalítica. Ao reconhecer que o inconsciente se manifesta na relação e não apenas na memória, Freud inaugura uma clínica que trabalha no “*aqui e agora*” do vínculo, sem perder de vista a dimensão histórica do sujeito. Essa articulação entre passado e presente, memória e repetição, afeto e palavra constitui o núcleo vivo da técnica freudiana e permanece, até hoje, como um dos pilares mais sólidos da prática psicanalítica.

¹⁰ Compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*): conceito formulado por Sigmund Freud para designar a tendência inconsciente do sujeito a repetir experiências psíquicas dolorosas, conflitos não elaborados e padrões relacionais traumáticos, mesmo quando tais repetições produzem desprazer. Introduzido sistematicamente em *Além do princípio do prazer* (1920), o conceito amplia a compreensão do funcionamento psíquico ao demonstrar que nem todo comportamento humano é orientado pela busca imediata de prazer ou redução de tensão. A compulsão à repetição manifesta-se clinicamente por meio de atuações, escolhas recorrentes de objetos, fracassos repetidos e reencenações transferenciais, indicando a persistência de conteúdos não simbolizados. Na técnica psicanalítica, o trabalho analítico visa transformar a repetição inconsciente em possibilidade de elaboração simbólica, deslocando o sujeito da atuação para a reflexão sobre sua própria história psíquica (FREUD, 1914; 1920; 1926).



6. O Rigor Técnico Freudiano: Por Que a Técnica Não é “Conjunto De Dicas”

A concepção freudiana de técnica psicanalítica se opõe frontalmente à ideia de procedimentos padronizados, aplicáveis de modo uniforme a todos os sujeitos. Para Sigmund Freud, o rigor científico da psicanálise não reside na repetição mecânica de métodos, mas na fidelidade ao funcionamento do inconsciente, cuja lógica é singular, dinâmica e atravessada por conflitos específicos em cada história subjetiva. Essa posição implica uma ruptura com o modelo médico tradicional, baseado na identificação de sintomas e na aplicação de protocolos terapêuticos universais (FREUD, 1912b; 1937).

Freud é explícito ao afirmar que a técnica analítica não pode ser ensinada como um conjunto fechado de regras operacionais. Em *Análise terminável e interminável* (1937), ele sustenta que cada análise impõe ao analista a necessidade de reinventar, dentro dos limites do método, o modo de conduzir o tratamento. Isso não significa relativismo técnico ou improvisação arbitrária, mas reconhecimento de que o inconsciente não responde a esquemas rígidos. O rigor da clínica psicanalítica consiste, paradoxalmente, em sua capacidade de se adaptar à singularidade do caso sem perder seus princípios estruturais.

Do ponto de vista metapsicológico, essa recusa da manualização decorre diretamente da concepção freudiana do aparelho psíquico. O psiquismo é constituído por instâncias em conflito: *Id*, *Ego* e *Superego* atravessados por forças pulsionais, defesas e formações de compromisso¹¹. Essa dinâmica não se organiza segundo regularidades previsíveis, mas segundo economias libidinais singulares, marcadas pela história infantil, pelas identificações primárias e pelas modalidades específicas de

¹¹ Formação de compromisso (*Kompromissbildung*): conceito central da metapsicologia freudiana que designa o resultado psíquico produzido pela negociação inconsciente entre forças pulsionais em conflito e as instâncias defensivas do ego e do superego. Para Sigmund Freud, sintomas, sonhos, lapsos e atos falhos constituem formações de compromisso, pois representam soluções intermediárias nas quais o desejo inconsciente encontra uma via parcial e deformada de expressão, ao mesmo tempo em que satisfaz, ainda que provisoriamente, as exigências defensivas do aparelho psíquico (FREUD, 1900; 1915; 1926). Essas formações não eliminam o conflito, mas o mantêm sob uma forma simbolicamente disfarçada, permitindo certa economia de tensão psíquica. Na clínica psicanalítica, a interpretação das formações de compromisso visa tornar consciente essa negociação inconsciente, possibilitando a elaboração do conflito e a reorganização das defesas.



recalcamento (FREUD, 1923; 1915). Reduzir o tratamento a protocolos equivaleria a ignorar essa complexidade estrutural.

Além disso, a clínica freudiana se funda no princípio de que o sintoma não é um objeto isolado a ser removido, mas uma formação simbólica que expressa conflitos inconscientes. Intervenções técnicas padronizadas, orientadas exclusivamente à supressão sintomática, tendem a deslocar o sofrimento para outras formações, produzindo substituições sintomáticas ou novas modalidades de acting out¹². Freud observa repetidamente que a verdadeira transformação clínica exige um trabalho de elaboração, e não apenas intervenções corretivas ou educativas (FREUD, 1914; 1926).

A recusa da manualização também possui implicações éticas centrais. Protocolos rígidos tendem a tratar o sujeito como objeto de intervenção, subordinando sua experiência singular a categorias normativas. A técnica psicanalítica, ao contrário, reconhece o paciente como sujeito de desejo e de palavra, cuja história não pode ser reduzida a classificações diagnósticas. O rigor ético da psicanálise consiste justamente em sustentar o espaço da singularidade, mesmo quando isso implica maior tempo clínico, incerteza interpretativa e ausência de garantias imediatas de resultado.

No plano da formação do analista, esse ponto assume relevância ainda maior. Freud insiste que a técnica não pode ser aprendida apenas por meio de leitura teórica, mas exige análise pessoal e supervisão clínica. Isso ocorre porque o principal instrumento da clínica não é um protocolo externo, mas o próprio psiquismo do analista, com suas resistências, identificações e pontos cegos. A ausência de manuais não representa precariedade metodológica, mas reconhecimento de que a prática analítica exige um trabalho contínuo de formação subjetiva e ética (FREUD, 1912b; 1937).

Outro aspecto fundamental é que a flexibilidade técnica freudiana não implica ausência de estrutura. Ao contrário, a psicanálise possui pilares metodológicos claros:

¹² Acting out (*Agieren*): conceito introduzido por Sigmund Freud para designar a tendência do sujeito a agir, no plano comportamental e relacional, conteúdos inconscientes que não conseguem ser simbolizados ou verbalizados, especialmente no contexto da transferência. Diferentemente da recordação consciente, o acting out constitui uma forma de repetição em ato, na qual o conflito psíquico retorna sob a forma de condutas impulsivas, encenações relacionais ou comportamentos disruptivos. Freud descreve esse fenômeno em *Recordar, repetir e elaborar* (1914), afirmando que o paciente “não recorda nada do que esqueceu ou reprimiu, mas o expressa em ações”. Na clínica psicanalítica, o acting out não deve ser reprimido moralmente nem reforçado, mas interpretado como manifestação transferencial que indica pontos de intensa resistência e dificuldades de elaboração simbólica (FREUD, 1914; 1920; 1926).



associação livre, atenção flutuante, análise da transferência, manejo das resistências e enquadre clínico. O que Freud recusa é a transformação desses princípios em receitas operacionais rígidas. A técnica freudiana é estruturalmente aberta porque seu objeto, o inconsciente, é estruturalmente dinâmico.

Em conclusão, é necessário afirmar que, diante do contexto contemporâneo marcado pela medicalização do sofrimento, pela cultura da performance e pela busca por soluções rápidas, a posição freudiana adquire ainda maior atualidade. A insistência em protocolos breves, intervenções padronizadas e métricas de eficiência contrasta diretamente com a proposta psicanalítica de escuta profunda, tempo de elaboração e transformação subjetiva. Sustentar a técnica freudiana hoje é, portanto, também um gesto político e ético: afirmar que o sofrimento psíquico não pode ser tratado como problema técnico, mas como expressão de conflitos humanos fundamentais.

Nesse sentido, o rigor técnico da psicanálise não está na repetição de procedimentos, mas na fidelidade ao método freudiano: escutar o inconsciente, respeitar a singularidade do sujeito e sustentar o trabalho clínico como processo de elaboração simbólica, e não como simples correção comportamental ou supressão sintomática.

7. A Técnica Freudiana Como Fundamento Científico, Ético e Clínico Da Psicanálise Contemporânea

A análise do percurso freudiano que conduz da hipnose à associação livre evidencia que a criação da técnica psicanalítica não constitui um mero capítulo da história da psicoterapia, mas um marco epistemológico na compreensão científica da subjetividade humana. Ao deslocar o eixo da clínica da sugestão para a escuta, Freud inaugura um novo regime de produção de saber, no qual o inconsciente passa a ser reconhecido como instância estruturante do psiquismo e não como anomalia a ser corrigida. Esse movimento funda a psicanálise como campo científico autônomo, dotado de método próprio, objeto específico e ética singular.

A técnica freudiana se organiza como um sistema articulado: associação livre, atenção flutuante, análise da transferência, manejo das resistências e respeito ao tempo de elaboração psíquica. Esses elementos não operam isoladamente, mas compõem uma arquitetura clínica cuja coerência interna garante a especificidade do método

Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana – EBPF

Rua: Tatuíbi, 285 – Vila Paulista – Limeira-SP

CNPJ: 22.698.853/0001-81 | Site: www.ebpf.com.br | Instagram: @ebpf.escoladepsicanalise



analítico. A psicanálise não trabalha com a eliminação direta do sintoma, mas com a transformação simbólica do conflito inconsciente que lhe dá origem. Essa distinção é fundamental, pois impede que a clínica seja reduzida a uma prática adaptativa, corretiva ou normatizante.

No cenário contemporâneo, marcado pela hegemonia de discursos biomédicos, pela mercantilização do sofrimento psíquico e pela crescente demanda por soluções rápidas, a reafirmação da técnica freudiana adquire dimensão crítica e política. Sustentar a escuta do inconsciente hoje significa resistir à lógica da produtividade terapêutica, que transforma o sofrimento em problema técnico e o sujeito em objeto de intervenção. A psicanálise, ao contrário, preserva o lugar da palavra, do conflito e da singularidade como eixos centrais do cuidado psíquico.

Do ponto de vista ético, a técnica freudiana institui uma clínica fundada no respeito à alteridade do sujeito. Ao renunciar à sugestão e ao controle direto sobre o paciente, Freud inaugura uma prática que reconhece a autonomia psíquica e a responsabilidade subjetiva como dimensões essenciais do processo terapêutico. A ética da psicanálise não se baseia em códigos normativos externos, mas na sustentação de um espaço em que o sujeito possa confrontar seus próprios desejos, fantasias e contradições, sem coerção moral ou adaptação forçada.

No campo da formação analítica, esse legado impõe exigências rigorosas. Formar psicanalistas não significa apenas transmitir conceitos teóricos, mas cultivar uma posição clínica que exige análise pessoal, supervisão constante e compromisso ético com o método. A técnica freudiana não se aprende como um manual de procedimentos, mas como uma prática que envolve o próprio sujeito do analista, suas resistências, seus limites e sua capacidade de sustentar o não-saber. Essa dimensão formativa é essencial para preservar a qualidade científica e clínica da psicanálise.

Para a Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana, reafirmar esses fundamentos não representa um retorno nostálgico às origens, mas um posicionamento institucional claro diante dos desafios contemporâneos. Defender a técnica freudiana é afirmar o valor da escuta profunda, do rigor teórico, da ética clínica e da responsabilidade social da psicanálise. É sustentar uma formação comprometida com a complexidade do humano e com a produção de profissionais capazes de operar para além das demandas imediatistas do mercado terapêutico.



Por fim, a herança freudiana permanece viva não porque se repete mecanicamente, mas porque continua a oferecer instrumentos conceituais e clínicos para compreender o mal-estar contemporâneo. A técnica psicanalítica, fundada na associação livre e na análise da transferência, mantém sua atualidade justamente por reconhecer que o sofrimento psíquico não é apenas um problema individual, mas expressão das tensões entre desejo, cultura e civilização. Nesse sentido, a psicanálise segue sendo não apenas uma prática clínica, mas uma teoria crítica da subjetividade moderna, capaz de interrogar os modos de vida, as formas de laço social e os impasses éticos do nosso tempo.

Assim, ao reafirmar o nascimento da técnica psicanalítica em Freud, reafirma-se também o compromisso com uma clínica que não se curva à simplificação, que não abdica da complexidade e que continua apostando no inconsciente como via legítima de acesso à verdade subjetiva. É nesse horizonte que a psicanálise permanece, ainda hoje, um dos mais potentes instrumentos de escuta, compreensão e transformação do sofrimento humano.

REFERÊNCIAS

BION, Wilfred R. *Aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991. (Original publicado em 1962).

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. *Estudos sobre a histeria* (1895). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *A interpretação dos sonhos* (1900). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *A dinâmica da transferência* (1912a). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.



FREUD, Sigmund. *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912b). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Observações sobre o amor de transferência* (1912c/1915, conforme edições). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Recordar, repetir e elaborar* (1914). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Pulsões e destinos das pulsões* (1915). In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Inibições, sintomas e angústia* (1926). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. *Construções na análise* (1937). São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SOBRE O AUTOR:

Psicanalista Clínica e Infantil. Especialista em Análise e Interpretação do Desenho – Testes Projetivos e Sandplay Thérapy – Psicologia Analítica. Supervisora em Análise e Interpretação do Desenho. Bacharelada em Terapia Integrativas e complementares. Docente e coordenadora de estágios da Escola Brasileira de Psicanálise Freudiana e Co-autora do livro: Análise e Interpretação dos desenhos: utilização dos testes projetivos nas clínicas psicopedagógica e psicanalítica pela WAK.

ENDEREÇO POR CORRESPONDÊNCIA:

Rua: Rio Potengi, 510 – Orestes Hungaro – Hortolândia-SP
Cep: 13.183-713
E-mail: andreialuia70@gmail.com