

**A INSERÇÃO DA CLÍNICA DE ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA EM UM
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA: DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE UMA
PACIENTE HISTÉRICA**

Karen Pereira Bisconcini
Katya Cristina Gasparelo
Claudia Maria de Sousa Palma
Bruna Maria de Souza
Marana Tamie Uehara de Souza

Introdução

O presente trabalho trata da especificidade da condução de um tratamento psicanalítico proposto a uma paciente histérica, em um Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Clínicas (HC), da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Para tanto, propomos discutir teoricamente a clínica psicanalítica da histeria na saúde pública a partir, também, de uma experiência desenvolvida no referido ambulatório, a qual nos propiciou o encontro com alguns aspectos fundamentais ao exercício da clínica na instituição.

No que se refere a este ambulatório, o mesmo caracteriza-se, além do atendimento à população encaminhada por outros Serviços e/ou por demanda própria, pela formação de residentes em psiquiatria. O caráter dos atendimentos prestados pelos profissionais que ali exercem sua prática segue na direção de um aprimoramento diagnóstico que possa oferecer uma efetividade medicamentosa. Sendo assim, o discurso do sujeito, no sentido dos elementos vivenciais singulares, não é priorizado para o estabelecimento do diagnóstico.

A modalidade de atendimento psiquiátrico em questão contempla o rodízio dos residentes nos atendimentos e um espaçamento significativo do retorno dos pacientes, uma vez que o mesmo é articulado ao efeito medicamentoso, que solicita um tempo maior.

Nesse contexto institucional, a prática da clínica de orientação psicanalítica se constitui inovadora, uma vez que não havia esse tipo de oferta no ambulatório considerado. Como consequência, destaca-se um certo desconhecimento da função e relevância da clínica psicanalítica como uma contribuição ao tratamento psíquico dos pacientes, sobressaindo um tratamento que privilegia uma abordagem unicamente biológica do paciente, desconsiderando-se a experiência psíquica e seus desdobramentos no corpo.

A incidência da experiência psíquica nos pacientes atendidos pelos serviços médicos já era considerada pelo fundador da psicanálise, Freud, quando propunha, já em 1919, no seu texto “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica”, a importância da inserção da clínica psicanalítica nos contextos institucionais como uma realidade a ser estabelecida. Nessa perspectiva, Freud (1919) destaca a necessidade de se criar novos dispositivos clínicos, considerando o *setting* analítico. Diz ele:

Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. Não tenho dúvidas de que a validade das nossas hipóteses psicológicas causará boa impressão também sobre as pessoas pouco instruídas, mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas. (p. 210).

A esse respeito, segue mais um apontamento de Freud (1919), o qual legitima a prática psicanalítica em contextos diversos do consultório particular, desde que mantido o rigor teórico:

(...) qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, quaisquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa. (p. 211).

Tendo em vista essas afirmações de Freud, a psicanálise aplicada em outros contextos, como o hospital, faz-se, além de possível, necessária, pois a prática psicanalítica convoca o sujeito do inconsciente, o qual independe da classe econômica e pode ser estendida para além do *setting* tradicional. Assim, faz-se viável a presença do dispositivo psicanalítico no âmbito público, uma vez que a escuta da singularidade de cada sujeito é preservada.

Partindo da aposta na possibilidade e na importância da inserção da clínica psicanalítica no contexto hospitalar, apresentaremos uma discussão teórico-prática sobre o tratamento de uma paciente histérica no referido âmbito, por meio do recorte de um caso clínico atendido no HC/UEL, com o objetivo de contribuir à problematização que esse contexto multidisciplinar convida aos profissionais e à clínica propriamente.

Sobre o diagnóstico médico e o psicanalítico

Primeiramente, faz-se relevante considerar a especificidade do diagnóstico psicanalítico, fazendo-o a partir de uma diferenciação ao diagnóstico psiquiátrico.

O diagnóstico médico psiquiátrico é feito de maneira objetiva, sendo a observação, a anamnese e os instrumentos de que dispõe a ciência médica utilizados a fim de determinar a afecção da qual o sujeito é acometido, o que torna possível a avaliação diagnóstica e a orientação do tratamento adequado (Dor, 1991).

Nessa via, Figueiredo e Tenório (2002) afirmam que a anamnese psiquiátrica promove a descrição de sinais e sintomas do paciente, para que se possa delinear um diagnóstico. O conjunto desses sinais e sintomas observados permite a emissão do diagnóstico sindrômico, que não contempla a definição da doença de fundo, mas apenas a descrição de sinais e sintomas apresentados, os quais podem se revelar em diferentes patologias. Tal diagnóstico é conhecido como fenomenológico e busca a eliminação desses sinais e sintomas

Os mesmos autores alegam ainda que, a partir do diagnóstico sindrômico, pode-se propor outro tipo de diagnóstico caro à psiquiatria, o nosográfico, que oferece uma descrição metódica das doenças, feita nos termos de categorias psicopatológicas generalizáveis, a qual favorece a avaliação prognóstica e a direção terapêutica.

Assim, pode-se compreender que essa modalidade diagnóstica acredita que a eliminação dos sintomas é indicativa de uma melhora ou cura do paciente em questão.

Com o exposto, depreende-se que, na medicina, a descrição e classificação dos sintomas é fundamental para se estabelecer um diagnóstico, visto que se trabalha aqui com a noção, essencial às ciências naturais, de causa e efeito, ou seja, determinado sintoma (efeito) é resultante de um conjunto ou uma causa determinada. A mesma lógica é aplicada pela clínica psiquiátrica, como pode ser constatado pelos manuais de classificação de doenças amplamente utilizados, tais como o DSM-IV e o CID-10.

No que diz respeito à psicanálise, também o diagnóstico é fundamental à orientação do tratamento analítico. Freud, já em 1895, destacava a relevância desse momento inicial de abordagem ao mal estar; entretanto, era a fala enunciada pelo paciente o elemento predominante e distintivo para o diagnóstico, uma vez que, segundo Dor (2003), o funcionamento psíquico é regido pelas leis do inconsciente, o qual, conforme a tese lacaniana propõe, é estruturado como uma linguagem. A psiquiatria, em contrapartida, baseia-se na noção de que a observação dos sinais e sintomas, não necessariamente apreendidos pelo paciente, constitui o diagnóstico.

O psiquismo, portanto, não funciona em conformidade com as leis que governam o funcionamento biológico do corpo humano. Um desdobramento importante dessa premissa é que, para a psicanálise, o conceito de causa e efeito não se estabelece como para o diagnóstico médico, considerando que o inconsciente enquanto causa é também efeito do aparelho psíquico e não se trata de extingui-lo.

Sendo assim, é mediante a fala - através da qual pode emergir o sujeito do inconsciente e a lógica específica que determina os processos inconscientes - que se pautará a psicanálise na avaliação diagnóstica.

No que tange ao tratamento da histeria na atualidade, nota-se que a clínica psiquiátrica contemporânea evidencia a supressão do diagnóstico de histeria, sendo este pulverizado em diversos transtornos, desde os dissociativos, transtornos de personalidade e transtorno bipolar a, até mesmo, síndromes psicóticas. Assim, percebe-se que tal clínica lança mão de instrumentos terapêuticos, muitas vezes ineficazes, que têm como objetivo a remoção do sintoma histérico, o qual acaba por impossibilitar o dizer do sujeito acerca de seu sofrimento psíquico, potencializando seu mal estar e não o tratando (Burztyn, 2011).

Ao se resgatar a história do tratamento da histeria mediante o legado freudiano, verificar-se-á que, a partir do uso da associação livre, Freud pôde oferecer ao sujeito histérico um tratamento capaz de dar espaço ao seu discurso a respeito de seu sintoma, assim como possibilitar que a causalidade psíquica tivesse lugar no tratamento.

Burztyn (2011, p. 739), quanto à contribuição freudiana para o tratamento da histeria, afirma que “ao longo do tratamento de Elizabeth, Freud esclarece: ‘A dor foi desfeita pela fala’, ratificando a importância do tratamento analítico da histeria como dispositivo clínico que assume a função de fazer o sujeito dizer a palavra que foi recalcada”.

No entanto, como já mencionado, a histeria encontra-se ausente e excluída do exercício psiquiátrico atual, sendo que, no século XIX, a exclusão da histeria já se percebia decorrente da prática manicomial, diferente de hoje que tal exclusão se dá por conta da lógica dos manuais diagnósticos usados pela psiquiatria.

Ademais, pelo fato de o discurso médico desconsiderar a relevância dos fatores etiológicos (sexuais) da histeria para o planejamento de um diagnóstico, prognóstico e tratamento eficientes, é comum perceber atualmente o excesso de medicação prescrita que, ao

calar o sujeito, acarreta um tratamento capaz de cronificar o indivíduo em uma posição alienada diante de seu sintoma. Desse modo, neste cenário de completa medicalização, o sintoma antes valorizado por Freud por seu caráter subjetivo e capaz de informar significativamente a respeito da condição psíquica do sujeito, agora se encontra empobrecido pela objetividade psiquiátrica.

Assim sendo, de acordo com Burzryn (2011),

A prática diagnóstica da psicanálise implica, portanto, a escuta dos ditos dos sujeitos como efeitos da estrutura para que, a partir desse discurso, as leis que regem a lógica significante de cada sujeito sejam apreendidas na dimensão de uma posição subjetiva. Se o diagnóstico psiquiátrico visa a uma classificação, em psicanálise, o diagnóstico visa a uma construção do caso que não interessa à causa da doença, mas à causa singular de cada sujeito em tratamento. (p. 742).

Contudo, mesmo diante desse cenário, há a possibilidade de uma interlocução entre o diagnóstico psiquiátrico e o psicanalítico no campo da saúde mental, graças aos ganhos advindos da reforma psiquiátrica. Isso se mostra plausível, uma vez que junto ao dispositivo psiquiátrico reelaborado e a outras classes de profissionais, a escuta analítica encontra um lugar, pois geralmente os profissionais envolvidos buscam uma alternativa à prática medicalizante, quando esta não estabelece a efetividade esperada.

Portanto, a partir do momento em que a psicanálise ganha espaço na saúde mental, ela tem a oportunidade de mostrar que, mediante sua prática, pode contribuir para o tratamento de pacientes históricas. Ao valorizar o dizer do sujeito, a psicanálise convida o mesmo a trabalhar com seu sintoma e, desse modo, tomar para si o seu tratamento.

Assim, para que a psicanálise continue a contribuir para o tratamento da histeria juntamente com a psiquiatria e outras áreas, é necessário que a escuta analítica convide o saber do sujeito acerca de seu sintoma, colocando este a serviço do desejo, ou seja, de uma aproximação ao Outro que estabeleça uma satisfação não alienada e/ou devastadora. Nessa direção, Volnei e Palma (2012) salientam que,

O sintoma alcança o estatuto de solução psíquica, de recurso estabilizador da existência, privilegiando uma abordagem diferente às patologias psíquicas graves, onde o analista, do seu lugar, visa promover algum tipo de aproximação do sujeito com o Outro, via sintoma. (p. 103).

Concernente à prática do analista em diferentes dispositivos institucionais, os autores supracitados ressaltam, ainda, que o compromisso do analista diz respeito a “fazer o sujeito dizer sobre o que sustenta o gozo em suas manifestações, implicando-o quanto ao destino do seu sintoma” (p. 104). Diante do exposto, pode-se compreender que tal compromisso assumido pelo analista pode ser legitimado em qualquer contexto de saúde pública.

Objetivo

Apresentar uma experiência com a clínica psicanalítica em instituição, problematizando os aspectos teóricos e clínicos encontrados. Tal proposta perpassa a reflexão acerca dos desafios impostos à nossa inserção nesse contexto, considerando a inovação e o caráter recente dos atendimentos pautados pela psicanálise no referido ambulatório.

Método

O trabalho em questão está sendo desenvolvido no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a partir de um projeto de extensão intitulado “Contribuição da intervenção psíquica a pacientes adultos atendidos pelo ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina”.

A população atendida refere-se a pacientes encaminhados pela psiquiatria com diagnóstico de Transtorno Bipolar. Esse encaminhamento é realizado a partir de uma avaliação psiquiátrica quanto à necessidade de “conversar” do paciente, associada a uma condição medicamentosa controlada.

Após isso, as estagiárias do quarto e quinto ano do curso de Psicologia da UEL, inscritas no referido projeto, recebem o nome e o telefone dos pacientes, para que possam ligar e agendar um primeiro atendimento.

Nos encontros iniciais, estabelece-se uma diferenciação entre a prática psicanalítica e a psiquiátrica, diferença essa que aparece no decorrer das entrevistas preliminares, por meio do modo distinto de agendamento dos retornos (semanais), da convocação desse paciente a uma fala própria, pelo silêncio do analista diante das solicitações de solução endereçadas pelo

sujeito à estagiária responsável e pela duração de tempo variável das sessões, configurando-se, assim, a especificidade da prática clínica psicanalítica.

Os atendimentos são individuais e a docente responsável pelo projeto se encarrega de supervisionar e avaliar, semanalmente, o progresso dos pacientes e o aprimoramento teórico e clínico das estagiárias envolvidas.

A direção dos atendimentos clínicos visa o estabelecimento de uma responsabilização do sujeito pela queixa, de forma que o mesmo se implique em seu tratamento e nas possibilidades de fazer com a realidade que lhe é própria.

Resultados e Discussão

Partindo-se da proposição de Jöel Dor (1991), a qual enuncia que é no dizer do sujeito que algo de sua estrutura é localizável, discutiremos, nesta seção, algumas características da estrutura histórica, as quais serão exemplificadas, sempre que possível, por meio de fragmentos de falas de uma paciente atendida por uma das estagiárias envolvidas neste trabalho. Tal paciente será denominada de Inês, por uma questão de sigilo das informações pessoais.

De início, é importante esclarecer que essa paciente foi encaminhada por uma das residentes em psiquiatria, a qual justificou o encaminhamento afirmando que era uma paciente que falava bastante e, por isso, constituía-se como um caso apropriado à clínica psicanalítica. Assim, é possível estabelecer uma relação desse fato com os elementos trazidos até o momento acerca do diagnóstico psiquiátrico, o qual não se sustenta a partir da fala do sujeito, mas da observação de seus sintomas. Dessa forma, a prática psiquiátrica, ao não dar conta do discurso do sujeito, tido como excessivo, dirige o caso à clínica psicanalítica.

Ratifica-se, portanto, a proposição anteriormente enunciada de que existe um certo desconhecimento da prática analítica por parte do conjunto dos profissionais do ambulatório de psiquiatria do HC (e em muitos outros), visto que os encaminhamentos são feitos partindo-se da premissa de que o paciente “precisa conversar” simplesmente, não abordando as possíveis indicações para o seu tratamento e prognóstico. Ora, ao se dizer que “a paciente precisa conversar” desconsidera-se totalmente a especificidade da escuta analítica, uma vez que ‘conversar’ remete a uma troca de ideias entre pessoas que pode se dar em qualquer lugar

e que não apresenta, de forma clara, nenhuma função significativa para o tratamento psíquico do sujeito.

Faz-se necessário ainda relatar que Inês apresentava transtorno bipolar como diagnóstico psiquiátrico e, no que diz respeito à psicanálise, era considerada uma histérica. Com isso, observa-se mais uma vez o que foi discutido inicialmente, a saber: que o diagnóstico de histeria foi excluído dos manuais de classificação de doenças atuais e encontra-se pulverizado em diversos transtornos.

Além do mais, muitas vezes, quando convidada a falar de si, a paciente faz uso do discurso médico, ou seja, quando questionada sobre o que lhe trouxe ao atendimento, a paciente relata a queixa formulada ao atendimento psiquiátrico e significada pelo residente responsável. Ela acaba se dizendo a partir do que o Outro (no caso, o médico) diz sobre ela e, frequentemente, não se questiona sobre, por exemplo, o diagnóstico que lhe é atribuído, questão essa que é convidada a fazer na clínica psicanalítica.

A paciente é convocada, portanto, a se implicar no que diz, a se colocar na cena do seu discurso a partir da associação livre. Como citado por Palma, Jardim e Oliveira (2011), as formações trazidas via associação livre são tomadas como indicadores da ordem do funcionamento do sujeito e, assim, a realidade psíquica, objeto da intervenção psicanalítica, surge sob transferência e porta as formulações do inconsciente.

Partindo-se da afirmação de que a fala do analisando porta indicadores de seu funcionamento como sujeito, isto é, de sua posição subjetiva diante do Outro, apresentaremos algumas vinhetas clínicas referentes ao caso Inês, articulando-as com a teoria psicanalítica que sustenta a nossa práxis.

Sendo assim, situaremos uma consideração bastante pertinente, que coloca em evidência a questão histórica. Ei-la: “A histérica quer um mestre sobre o qual ela reine e ele não governe” (Lacan, 1992, p. 122), ou seja, quer um mestre castrado. Pode-se depreender desse trecho que o sujeito histórico coloca o Outro na posição paradoxal de alguém que, ora possui um saber sobre ele, ora é destinatário de acusações, uma vez que suas falhas são apontadas e escancaradas. Tal relação, caracterizada pela ambiguidade, é constatada também na relação do sujeito histórico com o analista. Como exemplo, citamos o caso no qual a paciente (Inês), mantém uma relação bastante ambígua com a estagiária que a atende: ao

mesmo tempo em que demonstrava colocar a estagiária na posição de mestre, que sabe as respostas para as suas indagações, de modo a demandar constantemente uma opinião/julgamento sobre o que relatava, parecia, ao mesmo tempo, desqualificar a posição adotada pela estagiária, uma vez que a colocava também no lugar da jovem que não sabe de nada, ocasião em que disse: “não que eu esteja te ofendendo, mas você é muito jovem e não deve saber me responder”.

Assim, a histérica coloca-se, em relação ao mestre, como um enigma a ser decifrado, “objeto de pesquisa” para o Outro. Porém, essa sua oferta como objeto se dá justamente para desbancar o saber do mestre, dando relevo às falhas que este apresenta (Rangel, 2008). Entretanto, é cabível considerar que, ao desbancar o saber do mestre, representante do Outro no discurso, a histérica escancara aquilo que faz do Outro sujeito desejante, uma vez que a falta é condição para que haja o desejo. Assim, esse Outro que possui falhas (falta) é, pela própria caracterização como faltoso, sujeito de desejo (Teixeira, 2010).

Ademais, o Outro também assume o papel daquele que possui o saber sobre os sexos, isto é, daquele que sabe o que é ser homem e o que é ser mulher, questionamento esse bastante presente no sujeito histórico (Rangel, 2008). Quanto a isso, Freud (1931) afirma que a posição histórica se expressa inicialmente por uma inveja do pênis, correlacionando-se, portanto, com uma posição masculina diante da castração. Dessa forma, a histérica reivindica junto ao homem o gozo fálico. Raquel C. B. de Albuquerque (2011) coloca essa questão da seguinte forma:

E se a histérica reivindica do homem o gozo fálico, é evidenciando a castração neste que ela o faz. Fazer desejar - evidenciar a falta no Outro e colocar-se enquanto objeto de desejo -, é a forma com que se apresenta a histérica na relação. Relação esta que, entretanto, não pode chegar a acontecer, pois, se o desejo é satisfeito, ele se acaba. (p. 83).

Assim, a histérica se aloca como objeto de desejo para o Outro, objeto esse que para se manter como tal, tem que permanecer insatisfeito.

Em relação à posição masculina adotada pela histérica, Inês relata o seguinte: “Eu deveria ter nascido homem, eu que sempre tive que tomar decisões e resolver os assuntos de casa [...] Meu marido é um banana”. Como se pode notar, Inês reivindica o falo ao marido, denunciando a falta do Outro (no caso, o marido) e ratificando a castração dele. Ao fazer isso, ela se coloca como objeto de desejo, porém de um desejo sempre insatisfeito.

Faz-se importante ainda diferenciar a posição masculina e feminina da concepção de homem e mulher enquanto gêneros determinados biologicamente. Sendo assim, as posições masculina e feminina aqui tratadas relacionam-se à posição subjetiva adotada pelo sujeito frente à sexualidade, não sendo equivalentes ao sexo biológico do indivíduo em questão. Portanto, uma mulher pode assumir uma posição masculina (como ocorre na histeria) ou feminina, da mesma forma que um homem pode se posicionar tanto do lado feminino da sexuação, quanto do masculino.

O discurso da histérica define-se, de forma geral, pela busca de um saber, o qual é fundamental na clínica psicanalítica. Por isso, a incessante demanda dirigida ao analista de respostas para suas inquietações. Como exemplo, Inês frequentemente indagava à estagiária que a atendia respostas para as suas perguntas: “Será que eu sou normal?”; “Tá certo eu não me intrometer na vida do meu filho?”, “Você acha que dá para querer transar com um homem desses? (referindo-se ao marido); dentre outras. Assim, de acordo com Coelho (2006), a histérica se mostra sempre como inquiridora demandando respostas de seu analista. Este, por sua vez, precisa ter bastante cautela para não cair na posição do mestre e responder a essas indagações, pois acabará por impor seus desejos ao analisando, situando-o em uma posição de objeto e não de sujeito desejante.

Como, então, o analista pode agir diante dessas indagações constantes? A autora supracitada, Carolina Coelho (2006), responde a essa questão afirmando que o analista “irá questioná-la, no sentido de fazê-la pensar o que do desejo dela está na pergunta que ela fez, ou seja, o analista requisita um trabalho psíquico. Desse modo, a histérica colocará em questão sua própria posição de sujeito e transformará seu desejo em agente do discurso” (p. 114).

Ao requisitar um trabalho psíquico por parte do paciente, deve-se considerar que isso envolve um mal estar, já que ao entrar em contato com a frustração, a impotência, o real da incompletude que, por sua vez, exprimem questões potencialmente relevantes para o seu tratamento, há que se lidar com um *quantum* de sofrimento por vezes intolerável. Para exemplificar tal assertiva, pode-se fazer uso do caso em questão (caso Inês), em que a paciente resolveu abandonar o tratamento analítico, explicando que o mesmo a fazia ter pesadelos e lembrar-se de coisas que não desejava recordar. E mais, disse que preferia continuar apenas com o tratamento psiquiátrico, pois este não lhe trazia mal estar.

Outrossim, é relevante destacar que Inês recebia o chamado “Benefício de Prestação Continuada” (BPC), o qual se coloca como um entrave para a implicação dela com o tratamento. Ora, se sua melhora de condição clínica corresponde a uma suspensão do referido benefício, essa condição configura-se como um impedimento à condução da intervenção psíquica, uma vez que o sujeito acaba por se colocar em uma posição passivo-alienada diante de seu sintoma e de sua vida, o que inviabiliza ou dificulta sobremaneira o trabalho psíquico por parte dele.

Ao se problematizar a desistência da paciente, pode-se refletir também sobre outras questões que perpassam a nossa prática no ambiente ambulatorial em questão. Nesse sentido, a própria inserção recente dessa modalidade de tratamento pode ser um fator que tenha influenciado, de alguma forma, a desistência da paciente, na medida em que a própria não clareza do residente quanto ao encaminhamento, acaba por desfavorecer a nossa atuação. Portanto, a prática que nos propomos a realizar não possui um espaço definido dentro do contexto ambulatorial, carecendo até da legitimação por parte da maioria dos psiquiatras e residentes do ambulatório.

Além do mais, as estagiárias que atendem os pacientes encaminhados estão em vias de formação acadêmica, constituindo-se essa experiência como parte do processo de aprendizagem sobre a clínica orientada pela psicanálise, condição essa que pode também se demarcar como um complicador na condução de um tratamento analítico.

Todavia, diante dos inúmeros e constantes desafios que nos são impostos, cabe-nos a tarefa de discutir e analisar criticamente a nossa prática, de modo a buscar um aperfeiçoamento que nos proporcione uma práxis ancorada nos pressupostos psicanalíticos.

Conclusão

Por meio do que foi exposto, consideramos que a prática psicanalítica inserida na modalidade de atendimento ambulatorial, articulada ao Serviço de Psiquiatria, constitui-se em um desafio. Trata-se aqui de um trabalho clínico pioneiro naquele hospital, o qual tem sido capaz de promover a articulação da teoria psicanalítica à formação das discentes envolvidas e a possibilidade de se ofertar um tratamento psíquico nesse espaço público que se dedica à saúde mental.

Consequente ao nosso contato com a equipe psiquiátrica, com o referido atendimento de Inês e outros, fundamentados teoricamente pelo arcabouço conceitual freudiano, verificou-se a relevância de se ter um Serviço de orientação psicanalítica estruturado em um ambulatório psiquiátrico. Tal afirmativa se justifica partindo-se da premissa de que é também nesse cenário que se constrói uma clínica da escuta, que toma o discurso do sujeito em associação livre como matéria-prima para as intervenções psicanalíticas e que possibilita uma implicação e responsabilização do sujeito com a sua queixa.

Como visto, fazem-se presentes inúmeras dificuldades à nossa prática no ambulatório, os quais dizem respeito desde o desconhecimento por parte da equipe médica sobre a especificidade do nosso trabalho até a nossa condição de discentes em processo de aprendizagem. Porém, é necessário ressaltar que isso não impossibilita a nossa inserção neste espaço institucional, muito menos a oferta de um tratamento de orientação psicanalítica aos pacientes histéricos.

Contudo, isso nos impõe desafios a serem superados, os quais apenas na prática cotidiana, vivenciando e problematizando, a partir do referencial psicanalítico, as experiências apresentadas, é que podemos, pelo menos, dar notícia do que se trata e como trata a psicanálise, legitimando a nossa prática no contexto hospitalar aqui considerado.

Referências

Albuquerque, R. C. B. de (2011). Além do falo: uma mulher e o gozo feminino. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 9 (1), 76-93.

Bursztyn, D. C. (2011). O Tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (4), 734-747.

Coelho, C. M. S. (2006). Psicanálise e laço social – uma leitura do Seminário 17. *Mental*, 4 (6), 107-121.

Dassoler, V. A. & Palma, C. M. de S. (2012). A dimensão da ética nas intervenções do analista frente às demandas institucionais dos CAPS. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15 (1), 94-107.

Dor, J. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. (J. Bastos & A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Taurus-Timbre.

Dor, J. (2003). *Introdução à leitura de Lacan - o inconsciente estruturado como linguagem*. (C. E. Reis, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Figueiredo, A. C.; Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 5 (1), 29-43.

Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).

Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1895).

Freud, S.. (2006). Sexualidade feminina. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).

Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. (J.-A. Miller, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Seminário ministrado nos anos de 1969-70).

Palma, C. M. de S., Jardim, L. L., & Oliveira, I. M. (2011). Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14 (1), 113-127.

Rangel, M. B. S. (2008). *Histeria e feminilidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.

Teixeira, A. M. R. (2010). As bodas sintomáticas do obsessivo com a histérica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 13 (1), 51-61.