



A URGÊNCIA SUBJETIVA NO SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO: EFEITOS DA ESCUTA ANALÍTICA

THE SUBJECTIVE URGENCY IN THE THERAPEUTIC RESIDENTIAL SERVICE: EFFECTS OF ANALYTICAL LISTENING

Marcela Mascarenhas de Figueiredo Burni¹

RESUMO: Este artigo foi construído com o intuito de se pensar no conceito psicanalítico de urgência subjetiva e refletir acerca das atuações dos profissionais dentro do Serviço Residencial Terapêutico, que não é um dispositivo capacitado para atender esses momentos. Porém, com a experiência como estagiária em uma determinada SRT, localizada em Belo Horizonte/MG, ressaltou-se a importância de aprofundar os estudos no assunto, pois este se faz muito presente nestas instituições. Na urgência subjetiva há uma ruptura aguda da cadeia significante e uma impossibilidade de situar-se no registro da palavra. No encontro com real, com o vazio de representações simbólicas e imaginárias, há uma suspensão, exemplificada pelo ato falho nas neuroses e a passagem ao ato nas psicoses. Isso traz um sofrimento avassalador para quem vive. Pensando nisso, o que é viável no momento de urgência subjetiva e passagem ao ato, tendo em vista que aqui falamos da psicose - que é a condição estrutural do maior público destas casas? Com a construção de um caso clínico em que um sujeito vivia um momento de crise, foi possível perceber que, nesta situação, a escuta orientada pela psicanálise se fez muito eficaz. Só quando foi possível localizar o que era individual daquele sujeito na sua vivência da urgência subjetiva, ele pôde reconstruir simbolicamente aquilo desmontado no encontro com o real.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; Urgência subjetiva; Crise; Psicose; Serviço Residencial Terapêutico.

ABSTRACT: This article was constructed with the intention of thinking about the psychoanalytic concept of subjective urgency and reflecting on the actions of the professionals within the Therapeutic Residential Service, which is not a device capable of attending these moments. However, with experience as a trainee in a particular SRT, located in Belo Horizonte/MG, it was emphasized the importance of thinking about the subject, since this is very present in these institutions. In subjective urgency there is an acute rupture of the signifying chain and an impossibility to situate itself in the register of the word. In the encounter with reality, with the emptiness of symbolic and imaginary representations, there is a suspension, exemplified by the flawed act in the neuroses and the passage to the act in the psychoses. This brings overwhelming suffering to those who live. Thinking about this, which is feasible in the moment of subjective urgency and passage to the act, considering that here we speak of psychosis - which is the structural condition of the largest public of these houses? With the construction of a clinical case in which a subject was experiencing a moment of crisis, it was possible to perceive that, in this situation, listening guided by psychoanalysis became very effective. Only when it was possible to locate what was individual of that subject in his experience of subjective urgency, he was able to reconstruct symbolically that which was dismantled in the encounter with the real.

KEYWORDS: Psychoanalysis; Subjective Urgency; Crisis; Psychosis; Therapeutic Residential Service.

1 INTRODUÇÃO

Com a extinção dos manicômios e os novos modelos de assistência à saúde mental, a pluralidade de tratamentos nesta área tem sido cada vez mais frequente. Os acolhimentos e terapêuticas se dão das mais variadas formas, com diversos profissionais, e requerem uma constante atualização. Com esta diversidade atual, a psicanálise também ganhou mais espaço, fazendo-se preciso novas discussões e construções de casos clínicos.

¹ Psicóloga clínica, graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. marcelamascarenhasfb@gmail.com.



Miller nos alerta que é preciso que a psicanálise, por meio da nossa prática, “faça uma nova aliança com o tempo presente”, ou seja, que realizemos ações e discussões que visem reintroduzir, em nosso mundo, o acesso propiciado pela psicanálise, à singularidade das soluções e ao modo de satisfação próprio a cada um, que, como sabido, dá-se não com a eliminação do sintoma e do mal-estar, e sim com um outro uso que cada um pode fazer disso. Trata-se para a psicanálise, de identificar, no que faz diferença e não se adapta, a dignidade do sintoma (SOUTO, 2008, p.6).

Souto (2008), pondera a importância de se usar da psicanálise para discutir assuntos contemporâneos e atentar-se para as soluções que cada indivíduo traz a partir da prática da clínica singular.

Pensando na clínica da particularidade proposta pela psicanálise, é necessário refletir sobre as atuações dos profissionais nos dispositivos contemporâneos de saúde mental como um todo. Neste artigo, o foco será no Serviço Residencial Terapêutico, que é uma moradia para casos psiquiátricos graves, onde visa à reinserção dos sujeitos que antes estavam no manicômio na coletividade.

Com a vivência como estagiária nesta instituição, percebeu-se que frequentemente este objetivo é atravessado. Isto porque aparecem impasses que não foram previstos na política. E, conseqüentemente, os profissionais também não foram preparados para atender determinadas demandas, que muitas vezes são imprevisíveis. Um exemplo é a chamada urgência subjetiva.

A urgência subjetiva ainda é um mistério para grande parte da população, sendo este fato observado até mesmo pela variedade de intitulações: crise; emergência psiquiátrica; urgência subjetiva. Todas estas denominações visam dizer de um estado de sofrimento excessivo do sujeito. Maron (2008), coloca que uma das especificidades da urgência é não ter hora ou lugar para acontecer, podendo aparecer de uma forma inesperada e causar extrema angústia para quem vive. Ou seja, ela pode aparecer em qualquer instante e local, inclusive nas moradias assistenciais colocadas acima.

Quando dizemos de urgência, isso quer dizer de algo podemos deixar para amanhã. “No caso das questões levantadas por Lacan, são questões que não se pode adiar e para as quais não se tem uma resposta determinada para dar” (CALAZANS; BASTOS, 2008). Então pensando nas SRTs, como lidar com a urgência subjetiva, que constantemente são um enigma para os profissionais, tendo em vista que esta instituição não foi elaborada para atender estes momentos?

Cabe em um primeiro instante pensar: o que pode se chamar de urgência subjetiva? É preciso de referências, conceitos teóricos.

Belaga (2007) coloca que a urgência subjetiva é a demanda de todo paciente em situação de crise. Essa definição nos solicita definir o que podemos entender por crise. De todo modo, a definição pela crise aponta para uma ruptura, o que traz uma escansão temporal - um antes e um depois - e uma irrupção de algo que podemos chamar de traumático, seja da ordem de um desencadeamento psicótico, ou de uma despersonalização neurótica (CALAZANS; BASTOS, 2008).

Pensando na crise precisamente do psicótico, da ordem do desencadeamento, este artigo visa fazer um estudo de um caso específico de um sujeito morador de uma Residência Terapêutica em Belo Horizonte/MG, que viveu uma ruptura. Isto com o intuito de se pensar na urgência subjetiva e no que a prática da psicanálise pode contribuir. Para isso, é preciso contextualizar a Residência Terapêutica dentro da política nacional de saúde mental, sua proposta, pensar no conceito de urgência subjetiva e o que pode ser feito neste momento com a aplicação da psicanálise nestes estabelecimentos.

2 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

Em meados da década de 70 e 80, começaram a surgir movimentos sociais como a Reforma Sanitária e Luta Antimanicomial. A primeira tinha como crítica o modelo assistencial predominantemente privatizado e com péssima qualidade. Estas discussões efetivaram o Sistema Único de Saúde, (SUS), que tem como princípios a universalidade, integralidade e a equidade.

A luta antimanicomial veio depois da Reforma Sanitária abrangendo a Psiquiatria Democrática italiana e incluindo os princípios do SUS. Tem como principal diretriz a “devolução de direitos” dos doentes mentais. A Associação de Volta Pra Casa diz que a luta faz lembrar que estas pessoas, como quaisquer cidadãos, têm direito a liberdade de viver em sociedade e receber cuidados e tratamentos. Refletindo acerca deste contexto, pode-se pensar que:

[...] o movimento vai muito além de questionar o asilo como centro detentor de poder/saber, onde o “tratamento” se fazia pela exclusão e muitas vezes pelos descasos com a vida do ‘doente mental’. A ideia seria de questionar e analisar toda a construção teórica que envolve o asilo em um movimento de desinstitucionalizar o saber psiquiátrico (SILVA, 2010, p.2).

Com a ideia de desinstitucionalização, há uma desconstrução dos manicômios e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. O saber psiquiátrico passa a ser questio-

nado, enfatizando assim o trabalho interdisciplinar e, conseqüentemente, dando lugar ao saber psicanalítico.

Dentro de inúmeras propostas de reabilitação e integração social, surge o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - que uma moradia para casos psiquiátricos graves com frágil ou nenhum apoio social, egressos de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2004). Elas são financiadas com o dinheiro que antes foram gastos nos leitos públicos.

Foi um marco muito importante para a história da desconstrução dos hospitais psiquiátricos e é reconhecidamente uma das maiores apostas estratégicas da Reforma Psiquiátrica. Sem elas, a construção de uma nova política ficaria inviável, tendo em vista que várias pessoas foram asiladas nos leitos psiquiátricos e não contavam com o amparo da família/comunidade.

Como colocado por Queiroz (2015), não são apenas uma forma de hospedagem, e sim locais de acolhida da subjetividade e de descoberta do egresso como morador de uma casa, um bairro, uma cidade. Visam convidar o sujeito a habitar a cidade, e por isso conta-se com primeiramente, com o morador - para a construção de seu projeto terapêutico individual -, junto à equipe dentro da casa, com a comunidade e a rede de serviços da saúde em geral (QUEIROZ, 2015).

O estagiário tem como papel principal o Acompanhamento Terapêutico aos moradores. Consiste em não apenas colaborar com os sujeitos na exploração da cidade, na sua autonomia e no exercício diário das funções com a comunidade, e sim de encontrar as condições simbólicas do sujeito para enfrentar o real do gozo do Outro. Isto é, seguir as estratégias desenvolvidas pelo sujeito como política para a reabilitação (GUERRA; MILAGRES, 2005). Porém esta modalidade da clínica não se separa do contexto social vivido por cada indivíduo, da necessidade de, por exemplo, aprender a usar o dinheiro e cartão do banco, tirar documentos pessoais, pagar contas, etc. Segundo Guerra e Milagres (2005), o Acompanhamento Terapêutico tem se tornado cada vez mais sistematizado e se caracteriza como:

Clínica do detalhe, do acontecimento, do ato, qualquer manejo é sempre *a priori*, a construção de uma nova possibilidade de deslocamento, a construção do inédito na aposta do imprevisível como alternativa à institucionalização do louco e da loucura pelas amarras ideológicas e estruturais com as quais cada psicótico à sua maneira tenta se haver para estar na vida da melhor maneira que lhe for possível. Do nosso lado, como acompanhantes, tentamos não atrapalhá-lo nesse percurso. (GUERRA; MILAGRES, 2010, p.10).

Pensando no Acompanhamento Terapêutico como uma aposta das RTs, estes dispositivos, que são preparados para atuar como um auxílio a aquele sujeito na sua moradia e des-

coberta da cidade, não tem a competência para atender os momentos da urgência subjetiva ou passagem ao ato. Para isso (e para qualquer outro tipo de assistência), conta-se com os serviços disponíveis na rede de saúde como: SUP, CERSAM, SAMU, UBS...

Porém, tem como prever o aparecimento de uma urgência subjetiva? Qual direção tomar quando esta aparece na instituição, já que esta faz parte dos serviços substitutivos ao manicômio? A psicanálise pode contribuir?

3 A URGÊNCIA SUBJETIVA

Analisando inicialmente a definição de “urgência”, através do dicionário de língua portuguesa Aurélio, a palavra vem do latim (*urgentia.ae.*) e significa: “circunstância ou situação grave; O que necessita de resposta imediata; pressa; Circunstância que, por ser muito delicada, séria ou grave, possui prioridade em relação as demais”.

Belaga (2006), coloca que a urgência é um conceito trazido da medicina psiquiátrica envolve o encontro com um limite e, mesmo tendo esse ponto comum, difere-se da urgência subjetiva. Uma urgência impõe uma pressa por uma resposta que convoca a atenção de diversos profissionais (SIMÕES, 2011). Já a urgência subjetiva, como colocada por Barreto (2010), pode ser caracterizada como algo do dizer que não se articula; o que se articula é um silêncio, um pranto, ou um grito. Ou seja, identifica-se uma ruptura aguda da cadeia significativa e há uma impossibilidade de situar-se no registro da palavra. O sujeito não consegue dizer daquilo que lhe causa sofrimento, o que então, se ilustra pelo ato falho nas neuroses, e a passagem ao ato nas psicoses.

Uma das características da situação de urgência é não ter hora ou lugar para acontecer, sendo capaz de se lançar de modo bastante imprevisível e causando extrema angústia no sujeito que a vive (MARON, 2008). Lacan no Seminário “A angústia” (1962-1963), define a angústia como uma experiência de certeza. Uma irrupção do real no simbólico, que então “leva a uma urgência, ou seja, à busca de uma resposta rápida a esse encontro que podemos chamar de traumático” (CALAZANS; BASTOS, 2008).

Berta (2015), ainda completa que entre a espera e a certeza da angústia, a junção entre o estranho e o desamparo, se localiza a urgência subjetiva.

Parte-se do princípio de que a urgência subjetiva não é simplesmente a clínica da angústia. Urgência subjetiva é aquela, que se configura enquanto tal, a partir de uma intervenção analítica na qual se extrai o ponto de subjetividade contido na situação (SIMOES, 2011, p. 23).

Ou seja, para a psicanálise, na urgência subjetiva é capaz de se reproduzir aquilo que é individual de cada sujeito, o que pode assim guiar o tratamento analítico. “Seja qual for o modo como a urgência chega, o praticante de psicanálise vai propor escutá-la de um modo particular. O chamado não exige então, uma resposta, mas sim uma pergunta: quem fala? De onde fala?” (SIMÕES, 2011, p.28). Esta seria uma forma de chamar o sujeito a tentar inserir um ponto simbólico naquilo sem sentido.

“O trauma e urgência subjetiva podem ser pensados como aquilo do real que toca o simbólico e, por isso, a importância da posição do analista e da precisão do seu ato” (SIMÕES, 2011, p.29). Quando o sujeito se depara com o real, com o vazio de representações simbólicas e imaginárias, há uma ruptura, exemplificada pelo ato falho nas neuroses e a passagem ao ato na psicose.

Nas Residências Terapêuticas, os profissionais frequentemente deparam-se com momentos de passagem ao ato, tendo em vista que a maior parte dos moradores destas instituições são psicóticos. Considerando as variáveis de acolhimento e tratamento desses sujeitos, principalmente quando ele terá que acontecer em sua própria moradia, pode-se questionar: Quais os impasses encontrados, tendo em vista que na casa há outros moradores, e uma equipe que muitas vezes não tem conhecimentos? E quanto aos profissionais que detêm do conhecimento sobre a crise, como agir no ambiente domiciliar? Qual o manejo esperado visto à complexidade/particularidade dos casos na casa? O que há de diferente na conduta do praticante da psicanálise, e o que este pode fazer neste momento de urgência?

4 O “HOMEM SANTO”

O “Homem Santo” é o nome que D., um morador de uma Residência Terapêutica localizada em Belo Horizonte, se dá. Justifica a escolha deste significante em diversos momentos de sua história, principalmente por ser muito religioso e acreditar que foi Deus que lhe disse isso, assim que nasceu. “Vim ao mundo para servi-lo, diferentemente de todos os meus irmãos, que ficaram enciumados por Ele ter me escolhido” (sic).

Tem 61 anos, mora na casa há 14 anos e é muito independente. Tem sua chave e costuma sair para fazer compras, ir ao banco, a zona de prostíbulo e a missa. Passou por mais de cinco anos de institucionalização – os registros não são claros, esteve internado em diversas instituições como Clínica Pinel, Psicominas, Hospital Galba Veloso, Raul Soares, Barbacena, e é diagnosticado com Esquizofrenia Paranóide (F.20.0). No CID 10 é caracterizada por:

[...] presença de ideias delirantes relativamente estáveis, freqüentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos. (CID 10).

Já para a psicanálise, é nomeado como paranoia - uma estrutura clínica. “Diferentemente da esquizofrenia, na paranoia o sujeito não está à deriva da dispersão, e sim retido por um significante” (QUINET, 2010, p.91). Neste caso, como já colocado acima, o significante que o sujeito estava colado era o de ser um homem santo.

D. não tem contato próximo sua família, apenas a irmã e sobrinha fazem contato pontualmente. Alguns familiares surgem constantemente em seus delírios que são extremamente persecutórios e megalomânicos.

“Dudu” é um primo, que o perturba, que conforme o que diz, tem ciúmes e inveja dele. O pai (atualmente falecido) é falado como sendo um Outro perseguidor, abusando e judiando muito do Homem Santo, justamente por ter inveja de Deus tê-lo escolhido para representa-lo na terra. Conforme dito por Quinet (2010), “o delírio de relação pode desaparecer, isto é, as ideias de perseguição e as interpretações auto-referentes podem sumir, mas a retenção do acontecimento permanece e o sujeito continua fixado a ele”. (QUINET, 2010, p.96). E por isso quando o pai retorna, o Homem Santo se desorganiza, evidenciando a retenção (*Verhaltung*) dele com todos os acontecimentos vividos.

Ele lembra um dia e diz ter visto o pai passando pela rua da casa e, depois, diz que as músicas do rádio de outro morador lhe faziam lembrar-se da época que ficara internado, sendo o pai o culpado. Explica que são muitas vozes: do rádio, da TV, nas conversas da casa... Mas, as vozes interiores eram as que mais traziam sofrimento. A partir daí começou a indicar que algo estava diferente. Passou a comer de forma exagerada e se distanciar dos demais moradores e cuidadoras, sempre desistindo dos passeios coletivos, impaciente e irritadiço.

Contudo, até então ninguém notara nada, afinal o sujeito permanecia em silêncio. Quando costumava falar, era sobre casos do seu passado, casos já contados anteriormente, porém todos em formato de delírios.

Uma certa noite, quando o morador estava sentado na calçada com o portão da casa aberto, uma cuidadora (que já protagonizava alguns delírios), foi avisar que isso poderia trazer perigo. O Homem Santo se descontrolou, e foi quando houve uma passagem ao ato. Foi até a cozinha, procurando por artefatos para matar a funcionária, que logo entrou em contato com a supervisora e foi orientada a acionar o SAMU, que o medicou e fez orientações verbais.

A passagem ao ato na psicose aparece no lugar da ausência do limite fálico e visa regular o gozo do Outro. Esta tentativa de cura almeja estabelecer uma barra no gozo do agente perseguidor do paranoico e pode coincidir com um ato delituoso (VIEIRA, 2016, p.772).

Neste momento o Homem Santo procurava uma forma de estabilização. O jeito que encontrou para se defender da cuidadora, que o invadia e causara sofrimento, foi fazer uma moderação ao gozo, executando a castração simbólica no real (LAURENT, 1995). Isso se caracterizava por matá-la naquele instante. O que, se o serviço de urgência não tivesse chegado, teria ocorrido.

D. continuava a comer compulsivamente e teve outros momentos de agressividade, envolvendo várias trabalhadoras e moradores da casa. As perseguições e delírios sempre giravam em torno de sua santidade, do pai, inveja alheia, e a forma de resolução era a violência. Inclusive tentou agredir outro morador da casa, dizia que este mexia em suas coisas, pois queria roubá-lo.

Isso evidenciava sinais de que algo de urgente estava acontecendo; Percebia-se um excesso de desorganização e sofrimento, que de certa forma não andava sendo devidamente escutado - apesar de o morador ser assistido pela psiquiatria mensalmente, em ajuste de medicação desde setembro de 2015.

Houve intervenção da referência técnica de saúde mental e do psiquiatra que o acompanhara. O médico alterou um dos remédios, abriu espaço para conversa, mas disse que nada mais poderia ser feito além de acolhimento, escuta e manejos - era um caso muito grave (sic.).

Eu resolvi me colocar à disposição para escutá-lo. Talvez tentando dizer daquilo que o incomodava, pudesse construir algo.

Em uma situação de urgência, portanto, o praticante de psicanálise estará disposto a escutar o que se passa. Mesmo que haja poucas palavras, o objetivo é localizar na fala do sujeito aquilo que desencadeou uma crise para tentar intervir produzindo um efeito apaziguador da urgência (SIMÕES, 2011, p. 30).

Era preciso que neste momento o Homem Santo falasse do que estava acontecendo para assim, identificar o que havia acontecido para o desencadeamento da crise. O que pôde se compreender com os relatos dele, que o fato que iniciou a desordem foi o aparecimento² do pai e as músicas do rádio e TV, que o faziam lembrar-se de um sofrimento inigualável.

² O pai já havia falecido. O Homem Santo teve uma visão de uma pessoa que se parecia fisionalmente com ele passando pela rua da casa, e logo associou.

Logo, era essencial criar um espaço para que ele pudesse criar amarrações simbólicas para o real avassalador. Ou seja, tentar colocar em palavras ou imagens aquilo tão insuportável. “É justamente disso que a psicanálise se ocupa, segundo Lacan, já que se refere ao que não anda, ao real e por ele estamos obrigados a colocá-lo nos ombros, a suportá-lo a dar-lhe frente” (SELDES, 1990, p.29). Seria fazer com que o sujeito desse conta de lidar com seus padecimentos.

“Laurent propõe que o tratamento é dar significação àquilo que não tem, é restituir a trama do sentido inscrevendo o trauma na particularidade inconsciente do sujeito” (SIMÕES, 2011, p.32). Nesta tentativa, me disponibilizava para a escuta e D. dizia de um imenso sofrimento, “abafamento” - como nomeava - que carregava consigo durante anos. Era uma dor que parecia morar dentro dele, onde quer que ele fosse, mantinha-se; estava fixado. “Parece que existem “espíritos ruins” morando em meu corpo e do nada começam a atuar, não consigo controlar. Eles agredem as pessoas, dizem coisas horríveis, o que eu não faria, pois sou um Homem Santo” (sic).

Falava também que as pessoas ao seu redor o invejavam, queriam ser como ele. Este delírio passou a ser constante e envolver moradores da casa, que também se desorganizaram com o acontecimento.

Ao longo dos dias, quando encerrávamos nossas conversas, o morador dizia se sentir aliviado. Falava que a relação comigo era diferente, conseguia dizer coisas que nunca havia dito para ninguém. O retorno de quem estava na casa também era positivo. Diante das pontuações em reunião ou orientações no relatório da casa, as cuidadoras, por exemplo, diziam notar que ele parecia estar mais calmo nos dias que conversara comigo.

Percebi que ao longo dos dias o que construímos foi um laço transferencial, valendo-se da erotomania, o que se dá ao longo do tratamento na psicose pela posição de aprendizado, pela direção que o sujeito traz para o seu caso, tendo em vista que a interpretação está do lado dele (BARRETO, 2010). É, conforme colocado por Guerra (2010), orientar-se pelo estilo de construção de respostas de cada sujeito o vetor que orienta a clínica das psicoses, após a coragem lacaniana de propor a elas um tratamento possível. Era ele quem dizia sobre si, interpretava seus delírios e sofrimentos, enquanto eu, estava na posição de escuta. Ele inclusive colocava que nos momentos que conversávamos, tinha um sentimento de alívio, e me nomeava como sua psicóloga.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A urgência pode ser pensada como um ponto de ruptura que é vivido pelo sujeito como um limite e que não se manifesta com a noção de tempo e de espaço bem definidos, nem com uma história para se contar” (SIMÕES, 2011, p. 35). Neste momento, o sujeito precisa reconstruir simbolicamente aquilo que foi desmontado no encontro com o real. O analista então pode ser o instrumento neste momento de reconstrução do analisante das linhas da sua história.

A urgência subjetiva requer um tratamento que não pode ser adiado, onde quer que ela apareça, ou seja, inclusive nas SRT's. O Homem Santo era nomeado como um caso “crônico”, no qual nada poderia ser feito. A medicação era ineficaz, bem como qualquer outro tipo de intervenção já sugerida anteriormente. Só com a aposta na escuta do sujeito o caso pode ter uma orientação. Ele pôde servir-se da sua relação comigo, para “realizar uma transição de uma identificação, que já não responde mais, à outra, de uma forma de vida, à outra” (SIMÕES, 2011, p. 38).

Na medida em que o praticante oferece sua presença, sua escuta e sua interpretação, possibilitando que o sujeito fale e permitindo a pausa, abre-se um novo tempo e espaço para a subjetivação, para a elaboração de algo em torno do seu padecimento (SIMÕES, 2011, p. 84).

O sofrimento, do Homem Santo não passara, na verdade morava com ele. Mas, ao colocar em palavras o que era insuportável, conseguiu criar novos sentidos e alternativas para lidar com o que, para ele, era tão avassalador. Foi capaz de elaborar várias soluções possíveis para o seu sofrimento e momentos em que as vozes pareciam o comandar, o pai voltava a perseguir, ou quando o sofrimento não era capaz de ser suportado: escrevia em seu caderno, rezava, saía pelo bairro e até mesmo me procurava.

O que foi possível nesta construção foi um privilégio e, sem a clínica do Acompanhamento Terapêutico e das contribuições da psicanálise este caso certamente não teria caminhado para uma possível estabilização.

Cura? Nem pensar! Só uma luta para que o indivíduo conquiste segurança para enfrentar momentos de sofrimento tão grande, como no instante da urgência subjetiva, que “nada” se articula.

É apenas um exemplo, que nos ensina muito, e evidencia que cada caso tem suas particularidades e formas possíveis de resolução. É o sujeito quem sempre nos direciona sobre a condição do tratamento.

Compete a cada um dos profissionais atuantes na área da saúde mental, escutar o que cada um diz sobre sua urgência subjetiva. Lacan (1967) já ressaltava a importância do diálogo entre a psicanálise e os assuntos contemporâneos. Só assim é possível encontrar uma maneira singular de estabilização, poder construir o caso clínico e discutir sua condução e, conforme a necessidade, convocar o saber de outros profissionais - com o intuito de proporcionar uma qualidade de vida para aquele sujeito.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Francisco Paes. A urgência subjetiva na saúde mental.

BELAGA, Guillermo. O psicanalista aplicado no hospital. In: HARARI, Angelina;

BELFORT, W. (Ed.) Ensaios de psicanálise e saúde mental. 1. Belo Horizonte: **Scriptum**, 2010. p. 215-226.

BERTA, Sandra Leticia. Localização da urgência subjetiva em psicanálise. **A peste**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 95-105, jan./jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, 2004.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 96. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 11 ago. 2017.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

CARDENAS, Maria Hortência; FRUGER, Flory. (Orgs.) **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Cap, 2003. p.9-18.

CID 10. **Busca cid 10**. Disponível em: <<http://www.cid10.com.br>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

COSTA, Carlos Alberto Ribeiro; FREIRE, Ana Beatriz. Lacan, secretário do alienado. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, ago. 2010.

FREIRE, Dercirier. Paranoia e crime: do direito à psicanálise. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São paulo, v. 19, n. 4, p. 770-773, dez. 2016.

GUERRA, Andréa M. C. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 87 p.

GUERRA, Andréa Máris Campos; MILAGRES, Andréa Franco. Com quantos paus se faz um acompanhamento terapêutico? Contribuições da psicanálise a essa clínica em construção. **Estilos da clínica**. São paulo, v. 10, n. 19, p. 1-12, dez. 2005.

GUERRA, Andréa M.C. Sinthoma e psicose no último ensino de Lacan. (no prelo).

LACAN, J. (1955-56) **O seminário**: livro III. As psicoses. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.

LACAN, Jacques. Seminário de 15 de novembro de 1967. In: LACAN, Jacques. **O ato psicanalítico** - Seminário XV. Livro inédito. [1967-1968], 1994. p.03-20.

LACAN, J. “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” (1945). Em: **Escritos**. Jorge Zahar Editor, 1998, p. 212.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Curinga**, Minas gerais, n. 13, p. 07-13, set. 1999.

LAURENT, Éric. **O trauma ao avesso**. Papéis de psicanálise, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.2128, abr. 2004

LAURENT, Eric. **Versões da clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MARON, Glória. **Urgência sem emergência?**. In: VIEIRA, Marcus André (Ed.). Urgência sem emergência?. Rio de Janeiro: Subversos, 2008. p.10-21

MILLER, Jacques-Alain. **Matemas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996

MILLER, Jacques-Alain. **Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia**. Phoenix – Revista da Delegação Paraná da EBP, Curitiba, n.3, p.9-44, set. 2001.

MILLER, Jacques-Alain. **Um real para a psicanálise**. Opção Lacaniana, São Paulo, n.32, p.15-18, dez. 2001b.

PEPSIC. **Lacan, secretário do alienado**. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1679-44272010000100005>. Acesso em: 24 mai. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Srt - serviço de residência terapêutica**. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12611-srt>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

QUEIROZ, Adriana G. “**Não tô boa. Preciso passear**”. **O lazer de moradores de dois serviços residenciais terapêuticos de Belo Horizonte**. 2015. 139 p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 237 p.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão. In: ALBERTI, Sônia e FIGUEIREDO Ana Cristina (Orgs.). **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta**. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2008. 141-146.

RIGUINI, Renata Damiano. Da passagem ao ato à transferência: duas soluções em um caso de psicose. **Psychê**. São paulo, v. 9, n. 16, p. 153-164, jul-dez. 2005.

SIMÕES, F. L. Carlona. A CLÍNICA DA URGÊNCIA SUBJETIVA: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento. (Dissertação de mestrado). **Programa de pós-graduação em psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011, 100 p.

SOLER, Colette. **Artigos clínicos**. Salvador: Fator, 1991.

SOUTO, Simone. Editorial. **Curinga**, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, n.27, p.5-6, Nov. 2008.