

# Artigos

---

## **O ATO SUICIDA E O HOSPITAL: UMA CLÍNICA POSSÍVEL?**

---

*Marcos Vinícius Brunhari*

Doutorando do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP (Bolsista Capes).  
E-mail: mvb\_marcos@yahoo.com.br

*Maria Lívia Tourinho Moretto*

Docente do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.  
E-mail: liviamortetto@usp.br

**Resumo:** Propor uma prática em psicanálise inserida em uma instituição é circunscrever um dispositivo clínico-institucional que aposta na palavra derivada de um sujeito comprometido com seu sofrimento. Objetiva-se neste artigo discutir as implicações envolvidas no emprego desse dispositivo diante das tentativas de suicídio que chegam ao pronto-socorro. A questão acerca do atendimento orientado pelo aporte psicanalítico à urgência subjetiva em determinado serviço hospitalar, mais especificamente sobre as implicações dessa prática diante do ato suicida, traz como premissa a dimensão do inconsciente. É na medida em que essa dimensão se ordena como linguagem que é estabelecido um vetor que posiciona alguém a quem se dirige a urgência do sofrimento. Assim, articulam-se elementos que apontam como o psicanalista responde à urgência envolvida em uma tentativa de suicídio a partir de critérios próprios da psicanálise, sem que, para tanto, abandone-se os balizadores técnicos e legais que compõem esse tipo de serviço hospitalar.

**Palavras-chave:** psicanálise; psicologia hospitalar; suicídio; hospital; urgência subjetiva; pronto-socorro.

**Abstract:** Proposing a practice in psychoanalysis within an institution means circumscribing a clinical-institutional device that focuses on the word deriving from a subject committed to his suffering. This article aims to discuss the implications involved in using this device in face of the suicide attempts that arrive at an emergency room. The issue of providing care based on the psychoanalytical contribution to subjective emergency within a certain hospital service, more specifically concerning the implications of this practice towards the suicide act, brings along the unconscious dimension as a premise. It is just to the extent that this

dimension is ordered as language that a vector positioning someone who addresses the urgency of suffering is established. Thus, elements pointing at how a psychoanalyst responds to the urgency involved in a suicide attempt are linked having the criteria of psychoanalysis itself as a basis, without, in order to do so, abandoning the technical and legal references that make up this kind of hospital service.

**Keywords:** psychoanalysis; hospital psychology; suicide; hospital; subjective urgency; emergency room.

### **O ato suicida e o hospital: uma clínica possível?**

Os serviços de pronto-socorro (PS) têm seu funcionamento durante 24h e prestam sua atenção de forma geral, ou seja, o paciente pode vir do domicílio, da via pública, da Unidade Básica de Saúde (UBS) e de outros equipamentos de saúde da rede ou ser trazido pela rede de atendimento pré-hospitalar móvel e pelas centrais de Regulação Médica.

Durante as 24h, o PS acolhe essas demandas e realiza triagem classificatória do risco, estabiliza casos graves e faz interface com as UBSs, demais unidades hospitalares e equipamentos da rede. Para tanto, esse tipo de serviço deve ter dimensões de infraestrutura, instrumentos, aparelhos e de recursos humanos paralelas ao nível de exigência assistencial. São eminentes portas de entrada dos usuários ao sistema de saúde e sua superlotação gera discussões em torno da eficácia desse equipamento, da ética de seus profissionais e da concepção dos usuários acerca da definição de seus objetivos.

É possível caracterizar o PS como o lugar que recebe pessoas em situações que urgem e que não podem aguardar, com ou sem risco eminente de morte, com dores de variados graus, após descompensações de doenças crônicas ou pela abruptalidade de um acidente, de uma tentativa de homicídio, de suicídio, violência sexual, física e/ou psíquica; pessoas estas, acompanhadas de familiares, amigos e desconhecidos, compõem o público que acessa esse serviço por problemas variados que se conjugam em um mesmo caráter: são urgentes e precisam de resposta imediata (mesmo que essa urgência se enquadre apenas no discurso da pessoa que pede ajuda, não na avaliação da equipe).

Todas essas situações compõem uma coletânea de exemplificações da possibilidade de uma prática clínica no contexto aqui abordado mesmo que isso se condicione como passível de ser balizada diante de certos critérios. Dessa feita, são ocasiões que se

mostram bastante profícuas para se propor tal espaço como um lugar privilegiado para a psicanálise. Assim, pensar sobre a inserção da prática psicanalítica nesse contexto vai na contramão da opinião de que, “no que se refere à prática da psicanálise, não se pode nada em um PS, por diversos motivos: não tem tempo, as pessoas não falam coisa com coisa, elas estão com dor, a equipe tem que ser rápida. Enfim, não há espaço”.

É necessário asseverar que, neste trabalho, compreende-se a prática psicanalítica como um dispositivo que inicialmente se ocupa de extrair, por via da escuta diferenciada, aquilo que permanece em estado de grande desordem e de subtração subjetiva. A clínica psicanalítica elenca como soberana a palavra e abre espaço mesmo quando esta falta.

Dessa maneira, a clínica como dispositivo aposta na palavra que deriva de um sujeito comprometido em seu sofrimento e padecimento. Portanto, objetiva-se questionar sobre as implicações envolvidas no emprego desse dispositivo diante das tentativas de suicídio que chegam ao PS. Trata-se, portanto, de questionar sobre a inserção da psicanálise em um determinado serviço hospitalar, mais especificamente sobre as implicações dessa prática diante do ato suicida.

### **Uma breve contextualização do serviço de pronto-socorro**

Em um primeiro momento, a legislação que embasa os princípios do SUS definiu como competência de cada esfera do governo, delegando aos gestores responsáveis a autonomia para a aplicação de medidas e estratégias visando à implantação e implementação desse tipo de serviço. Tal processo teve como base de sustentação as diretrizes promovidas pelo SUS de universalidade, de igualdade e de integralidade de acesso.

Já ao término da década de 1990, o Ministério da Saúde passa a regulamentar a atenção às urgências e, em 2002, institui o “Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”, baseando-se na necessidade de coordenar o acesso ao atendimento às urgências, garantido o acolhimento e a resolutividade dos atendimentos às baixas e médias complexidades e a estabilização e adequando encaminhamento dentro do SUS para pacientes graves.

Esse Regulamento é embasado na “Portaria GM n.2048, de 05 de novembro de 2002” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002/2006, p. 49), que considera a importância desse equipamento inserido na rede de assistência à saúde do Brasil. Subsidiar financeiramente, estruturar e organizar o PS requer que sejam consolidadas e aperfeiçoadas

as normas já existentes. Assim, essa Portaria objetiva implementar redes regionalizadas e hierarquizadas, bem como articular os serviços e definir fluxos e referências de resolutividade.

A Portaria de 2002 toma como fundamento argumentativo o considerável aumento dos casos de acidentes e de violência como pontos de forte impacto sobre a sociedade e, conseqüentemente, sobre o SUS. Essa incidência gritante que avança de forma progressiva exige dos equipamentos de saúde a devida atenção e o decorrente repasse de subsídios financeiros aos cuidados com internação hospitalar e assistência especializada.

Atualmente, os serviços de PS reúnem muitas das debilidades encontradas no SUS. Sobre esse assunto, afirma-se que “a estruturação de grades de referência ainda sofre influências das concepções políticas e culturais, e a inclusão de recursos de acolhimento e humanização são iniciativas ainda isoladas” (BRASILEIRO, et al., 2003, p. 502). É nesse contexto que pessoas que apresentam agravos clínicos, cirúrgicos, traumáticos e psiquiátricos chegam a esses pontos de referência socialmente estabelecidos seja por uma demanda espontânea ou referenciada.

Dentre aqueles que buscam por demandas diversas, estão as pessoas que chegam em decorrência de uma tentativa de suicídio. São casos que recorrem ao pronto-socorro médico trazidos, em grande parte, por terceiros e por unidades de atendimento móvel, mas também por demanda espontânea. Eis uma especificidade de atendimento corriqueira para os serviços aqui em questão.

Tendo em vista os números imponentes informados pela Organização Mundial da Saúde: no mundo, há uma morte por suicídio a cada 40s e, nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram em 60%. O Brasil “se encontra entre os doze países do mundo onde há mais mortes por suicídio: 9206 óbitos apenas no ano de 2008” (BERTOLOTE, 2012, p. 59).

Portanto, é possível estabelecer uma média aproximada de 25 mortes por suicídio por dia no Brasil. São taxas que podem ser estatisticamente analisadas a partir de variáveis como sexo e idade e que não deixam de ser chamativas por seu índice elevado, mesmo se considerada a precariedade e a forma como são sub-registradas no Brasil. Entretanto, é relevante observar que os índices de tentativas de suicídio são estimados em uma multiplicidade maior que as conclusões. Esse é um ponto relevante, pois são as tentativas de suicídio que compõem a demanda do PS e, bem como acidentes e violência, devem ser dignas de atenção especializada.

O atendimento às tentativas de suicídio nos hospitais é um tópico fundamental que se desenrola nos meandros da política pública e inspira esforços no sentido de uma ampliação que vai desde os protocolos de atendimento, capacitação dos profissionais e adequação de estruturas físicas. Sob essa égide, estabelece-se a “Portaria n. 1876, de agosto de 2006” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) que institui diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio a serem implementadas em todas as unidades federadas. A partir dessa Portaria, buscam-se desenvolver estratégias de informação, comunicação e sensibilização da sociedade propondo o suicídio como um problema de saúde pública. Também são lançadas linhas de base para a promoção, prevenção, tratamento e recuperação, em todos os níveis de atenção; bem como procura-se fomentar os métodos de coleta e análise de dados a fim de aperfeiçoar o conhecimento e os avanços profissionais.

Pode-se elencar e verificar dentre esses avanços das políticas públicas no Brasil aspectos que apontam para um atendimento pretendido eficaz às tentativas de suicídio. Assim sendo, destaca-se um enfoque amplo ao âmbito da prevenção na medida em que se reconhece o suicídio como um problema de saúde pública. Os altos índices não deixam dúvidas sobre a gravidade envolvida, e a estratégia de qualificação profissional para o atendimento a essas situações é bastante relevante.

Não se pretende aqui traçar considerações sobre os fins preventivos de um atendimento, embora pontos éticos dessa clínica possibilitem questionamentos sobre a prática psicanalítica em um equipamento de saúde como o PS.<sup>1</sup> Por ora, apenas dispõe-se ao questionamento sobre como o psicanalista responde à urgência envolvida em uma tentativa de suicídio a partir de critérios próprios da psicanálise.

### **A psicanálise e o ato suicida: uma proposta**

Propor uma prática em psicanálise inserida em uma instituição é circunscrever um dispositivo clínico-institucional. Esse dispositivo permite certa plasticidade que pode ser discutida quando se trata de um contexto como o que trazemos aqui. É nesse sentido em que nos referimos ao atendimento orientado pelo aporte psicanalítico à urgência subjetiva, como um formato de acolhimento de pessoas em situações de crise, que são levadas às instituições desde derivadas demandas, com o pedido de acolhimento

---

1 Uma discussão sobre psicanálise e prática preventivas em relação ao suicídio pode ser encontrada no artigo “Não te matarás: suicídio, prevenção e psicanálise” (BRUNHARI e DARRIBA, 2010).

urgente do sofrimento de ordem psíquica. Tal dispositivo consiste em “extrair, através de uma escuta diferenciada, aquilo que permanece em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra” (CALAZANS e BASTOS, 2008, p. 641).

Esse dispositivo aposta na palavra que deriva de um sujeito comprometido em seu sofrimento e padecimento. Dessa forma, não se refere aqui à urgência social ou médica, ainda que estas façam parte do que chamamos de urgência subjetiva. Essa urgência que aqui propomos inclui como premissa a dimensão do inconsciente, pois, na medida em que essa dimensão se ordena como linguagem, coloca-se um vetor, por meio do discurso analítico, que posiciona alguém a quem se dirige a urgência do sofrimento.

Nesses atendimentos aos que chegam ao PS em sequência a um atentado contra a própria vida, marca-se um dizer e não um fazer em forma de ato. Eis uma temporalidade que delinea um antes e um depois de uma ruptura expressiva pela vivência e contato com algo insuportável. Essa clínica aponta para o corte, e a presença do analista instala um tempo de compreensão diferente do que é urgente propriamente dito. Abre-se espaço para que se crie uma forma de se haver com o insuportável.

É por meio da oportunidade de singularização que a urgência adquire o caráter de subjetiva. Mas o clínico não deve se esquecer de que a demanda dessa urgência, em um primeiro momento, é da sociedade e da instituição. Isso causa ressonâncias no seu trabalho e exige que ele se posicione. O posicionamento do psicanalista diante da instituição é fundamental para que seu trabalho exista e se diferencie de um cuidado dirigido à doença ou à fratura.

O psicanalista desdobra o acontecimento vinculado ao adoecimento e ao traumatismo orgânico e físico em uma experiência que requer produção de saber por parte de um sujeito. Este deixa de ser um objeto nos moldes do discurso totalizante da instituição e passa a se implicar em seu processo de hospitalização e de sofrimento. Segundo Garneida (2006, p. 52), esse dispositivo clínico é o “tratamento que inaugura outro tempo que não seja o da pressa, um tempo que permita ao sujeito interrogar-se sobre seu sintoma, um tempo para a modificação subjetiva que não seja pelo retorno do mesmo”. Estar na urgência, a partir da orientação psicanalítica, significa oferecer o tempo e o espaço para o sujeito emergir e dar um outro direcionamento que não o da repetição, mas sim o da elaboração.

Diante da pressa para concluir, própria das manifestações em forma de ato, o analista introduz um tempo para compreender. Mesmo que a situação de um PS permita

que o atendimento ao paciente seja apenas um, ou vários durante o tempo de sua permanência na instituição. Moretto (2001), ao interrogar sobre o que pode o analista em um hospital, indica o fator tempo, ou a falta de tempo, como algo que não impossibilita a prática da psicanálise no hospital (p. 101).

Assim, a autora esclarece que não se trata de propor um tempo cronológico suficiente para a realização de um ou mais atendimentos, mas sim de se privilegiar um tempo inconsciente desde o qual se processam modificações da relação do sujeito com o real, mesmo tratando-se de um momento de entrevistas preliminares.

Entretanto, antes de seguirmos por essas considerações sobre a urgência subjetiva e em que ponto isso tangencia a clínica do ato suicida, empreendamos uma breve recuperação conceitual em Freud e em Lacan. Esse recorte nos permitirá avançar na discussão.

Reconhecidamente atrelada aos processos representativos, aos traços mnêmicos, às lembranças e processos associativos, a psicanálise encontra na palavra um veículo de acesso ao que não é facilmente acessado. É assim que Freud condensa em seus “Dois verbetes de enciclopédia” (1923 [1922]/1969, p. 253) a psicanálise como “um procedimento para a investigação dos processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo”.

É por essa via que a interpretação esclarece o que estava submerso, transpondo-o de modo a permitir a isso uma significação. É indiscutível a importância da palavra como perímetro da psicanálise. E é assim que podemos questionar sobre a possibilidade de abordagem pela psicanálise de algo como o suicídio que, de certa forma, escapa a esse perímetro, pois acontece no âmbito da prática, do ato. E quem nos conduz é o próprio Freud em uma de suas primeiras menções ao tema, considerando-o como parte da vida cotidiana.

O suicídio não tem sua “entrada” na psicanálise associado à loucura ou a determinado psicodiagnóstico. Eis um fator cabal que o desprende de uma tradição alienista e organicista, deslocando o suicídio para a vida do dia a dia como um ato.

Tal abordagem de Freud em “A psicopatologia da vida cotidiana” (1901/1969) localiza o suicídio ao lado dos atos falhos e dos atos sintomáticos sob a premissa de um reconhecimento de sentido e de um propósito subjacente a esses fenômenos. São atos que não se reduzem ao que é motor, uma vez que expressam algo como um sentido a ser interpretado posteriormente. Freud decanta da ação puramente motora, o ato em sua amplitude de palavra.



Lacan (1967-1968), ao se referir a esses capítulos de Freud (1901/1969), sobre os atos falhos e equivocados, afirma que “nada é introduzido relativamente ao ato, nesses capítulos, senão isto: que ele é colocado como significante” (ibid., p. 27). Não obstante, o ato se inclui naquilo que Freud remete ao determinismo inconsciente, revelando sua face significante quando se torna digno de sentido, o qual é, *a priori*, desconhecido pelo sujeito.

Freud (1901/1969), ao inferir o desconhecimento relativo ao ato, fundamenta um elo com a causalidade inconsciente. É no seio disso que, principalmente em relação aos suicídios e aos ferimentos autoinfligidos, o autor supõe a presença de uma tendência à autodestruição em todas as pessoas. A tendência é viabilizada pelo ato e é examinada por Freud em um catálogo de exemplos observados por ele e por colaboradores em casos alheios.

Será mais adiante, em “Luto e melancolia” (FREUD, 1917 [1915]/1969), que o autor esboçará a forma como o eu pode encaminhar-se e consentir com a própria morte. Destacamos que essa via de compreensão freudiana enfatiza um paradigma melancólico desde o qual uma inferência psicanalítica acerca do suicídio pode ser traçada. Esse processo se desenrola desde o momento em que o eu pode ser julgado como o objeto perdido por uma instância crítica.

Segundo o autor, eis que “a sombra do objeto caiu sobre o ego” (ibid., p. 254) e tal processo acontece tendo como base a ruptura do investimento objetal e a consequente des fusão entre amor e ódio em que o primeiro se volta ao eu por via identificatória e o ódio sob a forma de sadismo. Freud sublinha a importância desse sadismo no processo melancólico, já que isso é o que permite pensar o suicídio na melancolia: “é exclusivamente esse sadismo que soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia tão interessante – e tão perigosa”, afirma o autor (ibid., p. 257).

A introdução da segunda tópica em “O ego e o id” (1923/1969, v. XIX) avança um exame mais pormenorizado da autotortura produzida pelo eu melancólico a partir de um agente crítico. Em 1923, esse agente nomeado supereu se impõe sobre o eu vociferando como seu imperativo. Sua manifestação acarreta o sentimento de culpa tanto na melancolia quanto na neurose obsessiva. Freud retoma esse par e o desfaz na medida em que o melancólico “admite a sua culpa e submete-se ao castigo” (ibid., p. 64), não havendo objeção por parte do eu.

Essa postura, tipicamente melancólica que impõe dificuldades à clínica da melancolia, é onde são sustentadas as lamentações. Esse sentimento de culpa, que segundo

Freud pode ser causa para um crime (ibid., p. 65), é fruto da violência impiedosa do supereu ao ter se “apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço” (ibid.). O sadismo que torna ao eu é conteúdo do supereu, criando assim uma “cultura pura da pulsão de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o eu à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo” (ibid., p. 66).

Isso que apontamos como um paradigma melancólico para o ato suicida já havia sido considerado por Freud em seu “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher” (1920/1969). Nesse fragmento de caso conhecido como a Jovem Homossexual, Freud aborda diversas questões de extrema importância como a organização genital, a homossexualidade, o determinismo e a constituição psíquica. A tentativa de suicídio permeia tais questões, contudo não é o tema principal do texto freudiano em questão, embora tivesse um grande motivo para ser examinada de maneira mais acurada: o artigo é concomitante às mais relevantes considerações de Freud sobre a pulsão de morte.

A jovem em questão contava com 18 anos quando foi levada pelos pais até Freud. A demanda dos pais se referia à homossexualidade da filha. Freud traça as mais atuais e magistrais considerações sobre tal demanda e sobre a homossexualidade e, dentro disso, relata a situação em que acontece a tentativa de suicídio da jovem. Segundo Freud, ela mantinha cortejamento e galanteios com uma dama de reputação questionada naquela sociedade. Era uma mulher mais velha com a qual a jovem se comportava como um rapaz que dirige ao objeto de amor supervalorizado sua humildade em troca de pequenas migalhas.

Certo dia, em companhia de sua dama, a jovem cruza com o pai em uma Rua de Viena. Situação que não era evitada por ela, pois sabia da proximidade do escritório do pai e do percurso dele. Com um olhar fulminante, carregado de ira, o pai não prenuncia algo bom. No mesmo momento, a dama toma conhecimento do que acaba de se passar e coloca termo ao relacionamento entre ambas. Imediatamente a jovem corre e atira-se por uma mureta que dá para um fosso onde havia uma linha férrea desativada. Apesar de não ter sofrido lesões irreparáveis, a jovem passou algum tempo com machucaduras físicas. Após a tentativa de suicídio, os pais passam a não se lhe opor de forma intensa e a dama recebe a tentativa de suicídio como a prova de uma paixão.

Apesar do pouco período de tempo em que se realizaram os encontros da jovem com Freud, este é bastante minucioso em sua escuta e coleta de informações. Freud descreve a intensa afeição da jovem por uma criança de menos de três anos e como a

isso sucede o interesse dela por mulheres maduras de aparência jovial, mães. Fato que não passou despercebido ao pai, que lhe dirigiu severos castigos. Simultaneamente ao afloramento do interesse da jovem por mulheres, está um acontecimento familiar bastante peculiar. Uma nova gravidez de sua também jovem mãe, com a qual mantinha uma relação conturbada em função do favorecimento dos filhos homens em detrimento à única filha mulher. Doravante, afirma Freud (1920/1969, p. 170), “ela se transformou em homem e tomou a mãe, em lugar do pai, como objeto de seu amor”. Essa configuração inconsciente justifica o que Freud apresenta sobre o cortejamento feito pela jovem à dama: ela se dirigia à dama como um amante que pouco espera e que nada pede. A dama, como objeto de amor, é um substituto materno.

A par de tais constatações, Freud empreende uma “análise da tentativa de suicídio” (ibid., p. 173) que se segue ao olhar fulminante e irado do pai e ao rompimento decidido pela dama, situações que se conjugam em uma ordem de separação do objeto amoroso. Desesperada, tomada pela mais elevada angústia pela perda do objeto amoroso, a jovem escolhe perder a própria vida. Assim, Freud reconhece nesse ato de desespero a realização de uma autopunição e a concomitante realização de um desejo: “o desejo de ter um filho do pai, pois agora ela cairá por culpa do pai” (ibid., p. 173).

Quando o autor se refere ao cair da jovem, usa o verbo alemão *niederkommen* que significa tanto “deixar-se cair” quanto “dar à luz”. A Jovem Homossexual cai como um rebotalho, um dejetado condenado a tanto pela dama e pelo pai, e também cai como o filhote humano que se desprende do corpo materno. Assim, podemos situar o ato suicida da Jovem Homossexual como um ato diante da angústia gerada pela perda do objeto amoroso.

Salientamos a intensidade do rompante e como a ausência de recursos que se apresenta no momento da eclosão do perigo pode ser verificada no “cair”. Nessa cinética da queda, a jovem despenca pela ponte como um rebotalho ou como um rebento, ou seja, como algo assubjetivado. Assim, podemos dizer que isso que escapa à ordem simbólica passa ao ato.

Freud (ibid.) não encerra as razões que moveram a jovem à tentativa de suicídio apenas na questão da desaprovação do pai ou do rompimento promovido pela dama. O autor vai adiante, conjuga ambos os “precipitadores” como aquilo que sustenta o movimento dela. Um movimento de queda que a leva ao fundo de um poço como se fosse um resto, uma sobra de algo que se separou no momento anterior. Localizamos esse primeiro momento, que antecede o ato suicida, como o da emergência da mais

aterradora angústia, do encontro com o desamparo simbólico e isso se presentifica no momento da queda. Esse segundo momento é marcado pela anulação subjetiva<sup>2</sup> em que o desamparo simbólico da angústia se transfere para o ato de forma disruptiva.

A queda da Jovem Homossexual será retomada por Lacan (1962-1963/2005) a partir do verbo utilizado por Freud (1920/1969), *niederkommen*, e em uma articulação ao que o autor pronuncia a respeito do objeto *a* nos anos de 1962-1963. O verbo em questão indica tanto “dar à luz” quanto “vir abaixo”, e é assim que ele “é essencial para qualquer relacionamento súbito do sujeito com o que ele é como *a*” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 124). A partir desse caso freudiano, Lacan assinala que na passagem ao ato há uma saída de cena, saída muito bem marcada pela frequente precipitação através da janela.

Como primeira condição para tal movimento está a identificação absoluta com o objeto *a* seguida pela evasão da cena. O que se dá é a passagem da cena constituída pelo Outro para o mundo, “o lugar onde o real se comprime” (ibid., p. 130). Essa compreensão da passagem ao ato permite que se estabeleça uma distinção, muito relevante clinicamente, entre esta e o *acting out*. Este é referido como uma mostração, uma entrada em cena (não uma saída). Algo é mostrado no *acting out* e isso é tomado por Lacan como algo que vem a dizer. O *acting out* clama por interpretação.

Quanto à passagem ao ato e ao *acting out* é ponderável que ambos evidenciem uma relação peculiar com o objeto *a*. A saber, enquanto o *acting out* é da ordem de um evitamento da angústia, sendo o objeto mostrado na montagem da cena dirigida ao Outro, na passagem ao ato, a angústia passa ao ato, carregando este de certeza.

O objeto definido tanto por sua função de causa e enquanto restante da dialética do sujeito com o Outro permite que Lacan faça acréscimos à lista dos objetos. Como resto de um corte, essa libra de carne circula no formalismo lógico no trabalho do uso do significante e é aquilo que ficou preso de forma irrecuperável. É aquilo que se separa em virtude do engajamento na dialética significante. Trata-se do objeto perdido e irreduzível que em diferentes níveis é preconizado em sua função de causa.

2 Esse é um fator muito interessante da clínica com pessoas que relatam tentativas de suicídio. O momento da “queda” é descrito como um “vácuo”. Tanto por ser um momento em que não se visualiza outra saída quanto por ser o momento de uma decisão cabal em que a morte é o ponto final para o sofrimento. Quando questionados sobre o momento da tentativa de suicídio, é muito comum que essas pessoas digam que não pensaram em nada, apenas “calcularam” a própria morte. Isso se desdobra em uma questão clínica, pois podemos compreender que ali já não há significante (visto não haver dúvida), há apenas uma lógica, um cálculo que é da ordem do real.

Lacan afirma que, no momento do ato suicida, “é o objeto que triunfa” (1962-1963/2005, p. 364) e isso pode ser alinhavado às propostas de Freud (1917 [1915]/1969) sobre o império da sombra e o retorno sádico sobre o eu de acordo com o paradigma melancólico.

Aqui, nesta nossa exposição, toma-se o ato suicida como um corte no qual o sujeito evade a cena do Outro como a mais radical relação com o objeto *a* e se questiona o Outro como porvir do ato na medida em que esse ato é falho. Em seu seminário sobre “O ato psicanalítico” (1967-1968), Lacan realiza uma ampla revisão do que se reconhece por ação em diferentes teorias. Seu objetivo é destacar da ação como resposta orgânica, o ato e sua dimensão significante.

Segundo Lacan (ibid.), o significante “não falta jamais no que constitui um ato” (aula de 15 de novembro de 1967). Dessa forma, o ato não corresponde à ação realizada visto que possui um aparato significante. O correlato significante que jamais falta no que constitui o ato é indicado por Lacan como inacabado na medida em que não dá conta do ato por completo. É nesse sentido que Lacan fala em uma face do ato que não é permeável ao significante. O autor exemplifica sua tese a respeito do ato com um ato histórico: a travessia do rio Rubicão feita por César. Lacan, em sua aula de 10 de janeiro de 1968, fundamenta o caráter significante do ato ao utilizar a travessia do exército de Júlio César, pelo rio Rubicão, como transgressora das leis do estado. A travessia do rio tinha, para César, uma significação decisiva, já que ultrapassar as margens do rio era adentrar a República.

O efeito de ruptura contido no ato de travessia é concomitante ao fato de que o ato, revolucionário como o do exemplo, vem testemunhar algo. É a partir do efeito de testemunho que o ato tem sua dimensão significante apresentada. Lacan vai adiante e afirma que “o ato mesmo é por sua própria dimensão um dizer” (aula de 17 de janeiro de 1968) e, na mesma aula, complementa ao propor que “já não é eliminável a dimensão do Outro visto que o ato vem ali a testemunhar algo” (aula de 17 de janeiro 1968). Assim, o ato se constitui como tal na medida em que é recebido pelo Outro.

No exemplo da travessia do Rubicão, apenas há ato, pois há um efeito no contexto cultural. O rio do exemplo tem uma inserção cultural bastante específica naquele momento histórico e, não apenas a ação de cruzá-lo, mas a leitura que disso é feita. O ato de César é histórico e apresenta o ato em sua temporalidade. É possível propor que o Outro esteja no porvir do ato, contudo, no momento de seu acontecimento sequer o sujeito é presente: “uma dimensão comum do ato é não incluir em seu momento

a presença do sujeito” (LACAN, 1967-1968, aula de 29 de novembro de 1967). A ausência do sujeito no momento do ato foi também indicada por Lacan em seu seminário sobre a angústia, em 1962-1963, ao marcar a identificação absoluta ao objeto *a*, no momento da queda, como condição primeira para a passagem ao ato.

A partir da reunião dos elementos anteriores, podemos retomar a clínica da urgência subjetiva como consideramos nos parágrafos precedentes, e alicerçar desde um fragmento de experiência clínica o que se desenvolveu até então. O trabalho com aqueles que chegam ao hospital imediatamente após uma tentativa de suicídio viabiliza que estes se coloquem a falar sobre o que acabara de acontecer. O que aqui se evidencia é a face falha do ato, face que se verifica nos discursos daqueles que falam sobre seu ato.

Por exemplo, um homem, de 46 anos, afirma que retornaria para sua cidade natal para dar continuidade ao tratamento que realiza por ser etilista crônico. Acabara de sair de uma comunidade terapêutica e dirigiu-se à rodoviária. Afirma que estava muito desesperado e que já vinha pensando em se matar. Explica que essas situações de extremo desespero, às quais chama “surto” (sic), já o acompanham por longa data. Dessa vez, foi até a estação rodoviária da cidade e comprou sua passagem para sua terra natal. Contudo, o desespero, o “surto” (sic), o fez devolver a passagem e ir até o bar mais próximo. Lá bebeu e escreveu um bilhete de adeus em um guardanapo. Escreve o seguinte no pedaço de papel: “já não tenho mais se não for entregar a minha vida” (sic). Mostra o bilhete que estava em seu bolso no momento em que se jogou em frente ao ônibus da rede de transporte público. Ele se lamenta em meio a um choro soluçante pelo fato de ter falhado mais uma vez em seu objetivo de pôr fim à sua vida. É “tão fracassado que sequer pode se matar” (sic).

Sobre os “surto” diz que são situações de extremo desespero e angústia que acontecem por volta de duas décadas. Conta que, há vinte anos, tinha propriedades e uma família. A contração de dívidas o fez ter que vender suas propriedades. Esse desfalque financeiro aconteceu principalmente por que o pai não pôde auxiliar no pagamento das dívidas. Isso é colocado por ele como algo da ordem de uma perda irreparável, pois, após ficar sem a própria casa, sua esposa o abandonou e partiu com seus filhos para um lugar indeterminado. Ele parece frisar o caráter irremediável de perder tudo, inclusive a si próprio, e não poder contar como o pai para recompor o que antes já se sustentava de maneira frágil.

“Perder tudo” (sic) é o que se repete nesses encontros com o insuportável que o levam a, por exemplo, atirar-se em frente a um ônibus em alta velocidade. Mudando-se constantemente e morando principalmente em instituições ou locais de apoio, ele já não tinha mais o que perder, a não ser a própria vida, afirmação carregada da mesma certeza da passagem ao ato que responde a algo insuportável.

Diferentemente da passagem para a terra natal, a qual devolveu no ímpeto de acabar com tudo, passagem que lhe garantiria a incerteza de um retorno para a família que o procura. O fracasso, tão mal recebido, recoloca-o na condição de ter o que perder na repetição em ato. Ato que se apresenta como uma ação opaca, mas impregnada de uma dimensão significante. Portanto, se o suicídio quer dizer algo é por que ele não diz em si mesmo e deve ser convocado no *a posteriori*.

Segundo Morel (2002), a associação livre é um recurso para se determinar a significação inconsciente do ato, no só-depois, a partir de sua face falha. Já que o ato quer dizer apenas por meio da falha, afirma a autora que “o suicídio, então, não se interpreta, ao contrário da tentativa de suicídio na qual o sujeito sobrevive” (ibid., p. 11). Assim, o analista abre um *a posteriori* ao ato, no qual as incertezas são recolocadas e um princípio de elaboração em torno do que é tão intensamente insuportável pode ser esboçado. No caso supracitado, o fracasso desse ato, que se repete, é o que possibilita os primeiros traços do contorno disto que é avesso à palavra e é apresentado no ato.

### Considerações finais

O momento do ato é o momento do objeto *a*. Ter o Outro no porvir do ato significa que, só-depois, o ato será considerado em sua dimensão significante. Dimensão que não escapa ao analista. Aqui, neste trabalho, apenas indica-se que o ato produz um corte e esta é uma das faces que o identifica quando ele é falho. Porém, o suicídio se diferencia na medida em que, segundo Lacan (1974/2003, p. 541), “o suicídio é o único ato capaz de ter êxito sem qualquer falha”. O ato suicida é a expressão da ruptura total e definitiva que pode não fracassar. Apenas o fracasso pode revelar a dimensão do Outro no horizonte do ato, horizonte este que pode ser compreendido como a única possibilidade de se estabelecer algum discurso sobre o suicídio.

Imediatamente diferencia-se a clínica promulgada pela psicanálise, mesmo enquanto dispositivo aplicado em um PS, daquela que recebe a tentativa de suicídio apenas como uma fratura ou lesão anatomofuncional e com a pressa de diagnosticar

e encaminhar. Contudo, é fundamental esclarecer que o questionamento sobre como responde o psicanalista, com critérios próprios da psicanálise, à urgência envolvida no ato suicida, coaduna com as práticas e políticas públicas voltadas ao suicídio na medida em que for possível realizar um diálogo no qual se sustente a posição ética do psicanalista ante o ato. Essa posição já confirmada por Freud, ao abarcar o suicídio como algo diante do qual a psicanálise não recua e reafirmada por Lacan na formalização das vicissitudes do ato, deriva de uma clínica que propõe um tempo de compreensão e que aposta na palavra como barreira à irrupção do real.

### Referências

- BERTOLETE, J. M. *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BRASILEIRO, S. L. L.; DALLORA, M. E. L. V.; FERRAZ, C. A.; SÁ, M. F. S. de; SCARPELINI, S. e SANTOS, J. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de Emergência do hcfmrp-usp, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina*, Ribeirão Preto, n. 36, p. 498-515, abr/dez 2003.
- BRUNHARI, M. V. e DARRIBA, V. A. Não te matarás: suicídio, prevenção e psicanálise. *Revista Estudos de Psicanálise*, Aracaju, n. 34, p. 63-70, dez. 2010.
- CALAZANS, R. e BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008.
- FREUD, S. (1901). A psicopatologia da vida cotidiana. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. VI.
- \_\_\_\_\_. (1917 [1915]). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XIV, p. 243-264.
- \_\_\_\_\_. (1920). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XVIII, p. 155-184.
- \_\_\_\_\_. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. XVIII, p. 249-276.
- \_\_\_\_\_. (1923). *O ego e o id*. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XIX, p. 13-80.
- GARNEIDA, J. Urgencia psiquiátrica – una perspectiva psicoanalítica. In: BELAGA, G (comp). *La urgencia generalizada – la práctica en el hospital*. Buenos Aires: GRAMA ediciones, 2006, p. 43-72.
- LACAN, J. (1962-1963). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- \_\_\_\_\_. (1967-1968). *O seminário, livro 15: o ato psicanalítico*. (Inédito).
- \_\_\_\_\_. (1974). Televisão. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 508-543.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.1.876, de 14 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n.2048, de 05 de novembro de 2002. In: *Política nacional de atenção às urgências*. Brasília, DF, 2006.

MOREL, G. (coord.). *Clinique du suicide*. Ramonville Saint-Agne, 2002.

MORETTO, M. L. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide prevention*. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/index.html)>. Acesso em: 2 out. 2013.

*Recebido em 3/11/2014; Aprovado em 10/12/2014.*