

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**ATO SUICIDA NA INFÂNCIA:
do acidental ao ato**

Daniela Scarpa da Silva Costa

**Belo Horizonte
2010**

Daniela Scarpa da Silva Costa

**ATO SUICIDA NA INFÂNCIA:
do acidental ao ato**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Ilka Franco Ferrari

**Belo Horizonte
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C837a Costa, Daniela Scarpa da Silva
Ato suicida na infância: do acidental ao ato / Daniela Scarpa da Silva Costa. Belo Horizonte, 2010.
87f.

Orientadora: Ilka Franco Ferrari
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Psicanálise. 2. Crianças - Comportamento suicida. 3. Infância. 4. Acting out (Psicologia). I. Ferrari, Ilka Franco. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Daniela Scarpa da Silva Costa

Ato suicida na infância: do acidental ao ato

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação “Stricto Sensu” em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, a ser submetido à defesa de dissertação.

Ilka Franco Ferrari(Orientadora) - PUC MINAS

Cristina Moreira Marcos - PUC MINAS

Sonia Alberti - UERJ

Belo Horizonte, 14 de abril de 2010.

A meus filhos Pedro e Gabriel,
Com muito amor, em nome da vida!

AGRADECIMENTOS

À Capes que possibilitou através de seus recursos a realização desta pesquisa.

À Ilka Franco Ferrari, que recebeu o meu projeto de pesquisa e aceitou me orientar com seriedade e compromisso nesta trajetória.

À Suzana Faleiro Barroso, que com seu desejo e escuta me ajudaram a sustentar o meu propósito.

À Sonia Alberti e Cristina Moreira Marcos pela disponibilidade e abertura em acolher o meu trabalho.

À Sandra Espinha e ao Jésus Santiago pelo interesse e extremo respeito que acolheram o meu trabalho.

À Gabriela Araújo Medeiros, minha amiga irmã, que com seu profissionalismo e disponibilidade pôde me ajudar a reconhecer que até nas dificuldades podemos nos fortalecer.

À Andréia Guerra e Andréa Milagres, que participaram da semente deste projeto.

A todos os professores do mestrado que contribuíram para minha formação e aperfeiçoamento.

Aos meus muito amados filhos, Pedro e Gabriel, que mesmo com sua pouca idade souberam entender e respeitar o meu desejo de saber.

À minha querida mãe e minha irmã Vanessa que nos momentos de fraqueza me lembraram da minha força.

Ao meu pai, que deixou a saudade e a lição de que precisamos viver e não ter a vergonha de ser feliz.

Ao Alexandre, meu marido, que com sua generosidade e paciência suportou minhas ausências.

À tia Lilia, que sempre me incentivou neste percurso.

Às minhas amigas Rosilene, Zaíra e Clarice que, com a nossa amizade, pude perceber que estávamos no mesmo barco.

Aos médicos do Serviço de Toxicologia do Hospital João XXIII que acreditaram no meu trabalho, em especial Adebai Andrade, Solange Magalhães e Délio Campolina.

Aos meus alunos, por fomentar em mim o desejo de saber.

Aos meus pacientes do Hospital João XXIII que despertaram em mim o desejo, o enigma e a coragem de pesquisar sobre o ato suicida na infância.

Aos secretários Marília e Celso meu agradecimento pela disponibilidade e incentivo nesta longa caminhada.

RESUMO

Esta dissertação foi desenvolvida por meio de uma pesquisa teórica, com leitura interpretativa e discussão, de dois casos clínicos que articulam as formalizações realizadas e a prática clínica. A psicanálise dos ensinamentos de Freud e Lacan é a orientação teórica que sustenta a construção da pesquisa, seja por meio do estudo direto desses autores ou de autores contemporâneos que se orientam nessa vertente. A pergunta que motivou a pesquisa diz respeito à possibilidade de que certos atos infantis, considerados fortuitos, acidentais, podem ser pensados como um ato suicida, considerando tal ato como aquele que leva ou não à morte, mas a intenção da morte nele está presente e pode ser estudada como passagem ao ato ou *acting out*. Estabeleceu-se, assim, o objetivo geral de investigar o ato suicida na infância como um ato possível. Nos objetivos específicos, considerou-se a pesquisa do ato suicida a partir de tentativas de suicídios de crianças que chegaram ao Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, Minas Gerais, focalizando esse o ato suicida infantil nas dimensões de *acting out* e passagem ao ato no contexto da atualidade. O caminho percorrido passou por um estudo sobre ato suicida, considerando que, desde Freud, os atos não são inocentes, não são meros movimentos, têm uma significação e que a noção de ato é associada na Psicanálise à noção de inconsciente e linguagem. Se o que rege as relações humanas é a linguagem, o ato busca um atravessamento do código simbólico, na tentativa de sair de sua indeterminação. Assim, para Lacan, o ato é o que pode fundar para o sujeito uma certeza. A angústia também ocupou parte das reflexões empreendidas neste trabalho porque a experiência clínica da pesquisadora evidenciou que o ato suicida, em geral, acontece nos terrenos da angústia. Algumas contribuições de Durkheim foram abordadas, dada a importância de sua pesquisa em torno do suicídio e também por sua relação com o que esse autor chamou de sociedade anômica. O contexto institucional da urgência médica, que viabilizou o trabalho do profissional que opera com o discurso da psicanálise e consequentemente permitiu a consideração de uma urgência subjetiva, foi o que favoreceu o estudo de dois casos onde passagem ao ato e *acting-out* são pontuadas em atos considerados como atos suicidas. Considera-se que o estudo realizado permite afirmar a existência do ato suicida na infância, ato possível que pode ser pensado pela via da passagem ao ato e *acting-out*.

Palavras chave: Ato suicida, Infância, Psicanálise, Passagem ao ato, *Acting-out*

RÉSUMÉ

Ce mémoire a été développé à travers une recherche théorique, une lecture interprétative, et une discussion de deux cas cliniques qui articulent les formalisations réalisées avec la pratique clinique. La psychanalyse des enseignements de Freud et Lacan est l'orientation théorique qui soutient la construction de la recherche soit par une étude directe de ces auteurs, soit par l'étude d'autres auteurs contemporains qui prennent ce versant. La question qui a donné origine à cette recherche est attachée à la possibilité de considérer certains actes infantiles, fortuits ou accidentels, comme des actes suicidaires. Qu'ils mènent à la mort ou non, l'intention y est présente et peut être étudiée en tant qu'un passage à l'acte ou comme un *acting out*. On a établi comme objectif général, celui de rechercher l'acte suicidaire dans l'enfance comme un acte possible. Dans les objectifs spécifiques, on a pris en compte la recherche de l'acte suicidaire pendant l'enfance à partir des tentatives suicidaires des enfants qui arrivaient à l'Hôpital João XXIII, à Belo Horizonte, Minas Gerais, tout en cernant cet acte suicidaire infantile sur le terrain de *l'acting out* et du passage à l'acte dans un contexte actuel. Le chemin parcouru traverse une étude sur l'acte suicidaire, tout en considérant que depuis Freud, les actes ne sont pas innocents, et non plus de simples mouvements. Ils ont une signification et la notion d'acte est associée dans la psychanalyse à la notion d'inconscient et langage. Si tout ce qui règle les relations humaines est le langage, l'acte cherche une traversée du code symbolique, visant sortir de son indétermination. Ainsi, pour Lacan, l'acte est ce qui peut fonder pour le sujet une certitude. L'angoisse a aussi eu lieu dans les réflexions menées dans ce mémoire parce que l'expérience clinique de la chercheuse a mis en évidence que l'acte suicidaire se passe, en général, sur les terrains de l'angoisse. Certaines contributions de Durkheim ont été abordées tout en tenant compte de l'importance de sa recherche sur le suicide et aussi de sa relation avec ce que l'auteur a nommé «la société anémique». Le contexte institutionnel de l'urgence médicale a rendu possible le travail de la professionnelle qui a affaire au discours de la psychanalyse. Ce contexte a aussi permis la considération d'une urgence subjective, favorisant l'étude de deux cas où le passage à l'acte et *l'acting-out* sont repérés comme suicidaires. On considère que l'étude réalisée permet d'affirmer l'existence de l'acte suicidaire dans l'enfance, un acte possible qui peut être pensé par le biais du passage à l'acte et de *l'acting out*.

Mots clés : Acte suicidaire, Enfance, Psychanalyse, Passage à l'acte, *Acting-out*

LISTA DE SIGLAS

CEPAI - Centro Psíquico da Adolescência e da Infância

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

OMS - Organização Mundial de Saúde

PUC-MINAS - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SAMU- Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SEC - Serviço de Emergências Clínicas

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E ESQUEMAS

Figura1- Passagem ao ato e <i>acting-out</i>	46
Figura 2- Quadro da angústia	52
Figura 3- Esquema de Miller	71
Figura 4- Angústia	72

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - A URGÊNCIA NO HOSPITAL JOÃO XXIII	17
1.1 - Sobre o hospital	17
1.2 - A urgência médica e urgência subjetiva	20
1.3 - A criança no hospital	24
CAPÍTULO 2 - O ATO SUICIDA E SEUA DESDOBRAMENTOS	32
2.1 - Contribuições a partir de Freud e Lacan	32
2.2 - Passagem ao ato e <i>acting-out</i>	36
2.3 - A angústia e sua conexões com o ato	46
2.4 - O ato suicida na infância	53
2.5 O ato suicida na perspectiva de Durkheim e sua relação com dados da atualidade	56
CAPÍTULO 3 - A CRIANÇA QUE FALA PELO SEU ATO.....	66
3.1- O caso Diana	66
3.2 - O caso Clara	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	88

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta dissertação é o ato suicida na infância, no contexto atual. O problema que orientou o norte da pesquisa se centraliza no fato de que é possível pensar este objeto de estudo como passagem ao ato ou *acting-out*, diferentemente de explicá-lo; localizá-lo como mero acidente.

Estabeleceu-se, assim, para o desenvolvimento do estudo, o objetivo geral de investigar o ato suicida na infância como um ato possível. Os objetivos específicos estão circunscritos a pesquisar o ato suicida em crianças, a partir de tentativas de suicídios constatadas no Hospital João XXIII, em Belo Horizonte, Minas Gerais, bem como em focalizar o ato suicida infantil nas dimensões de *acting-out* e passagem ao ato, no contexto da atualidade. Nesta dissertação, o ato suicida é considerado na dimensão que pode resultar ou não na morte de quem o pratica, mas, priorizou-se o que popularmente se conhece como tentativa de suicídio, em decorrência de assegurar sua incidência via palavra da criança.

É a partir da prática clínica, realizada sob orientação psicanalítica, no Serviço de Toxicologia do Hospital João XXIII, que a questão do ato suicida na infância surgiu como interesse de estudo no âmbito de uma dissertação de mestrado. A pesquisa se construiu e desenvolveu na forma de pesquisa teórica (MARCONI; LAKATOS, 2001), com leitura interpretativa promovendo choque entre os pressupostos, pré-compreensão do tema proposto e os textos lidos levando ao que Gadamer, citado por Figueiredo (1999) denominou fusão de horizontes, produzindo novas elaborações.

Esta pesquisa é também uma pesquisa qualitativa, de acordo com Turato (2003), ou seja, não tem como objetivo estudar a realidade enquanto “mundo das coisas”, externo às pessoas, ou os fatos, mas estuda o significado que os sujeitos dão aos fenômenos e, também, as opiniões são considerados dados de valor. Foram utilizados dois casos clínicos extraídos da prática da pesquisadora no Hospital João XXIII, articulando as formalizações realizadas e a prática clínica. Os casos clínicos foram registrados em um Diário de Campo (Brandão, 1992), construído no período de 2006 a 2008. Os sujeitos de pesquisa são crianças atendidas, neste serviço, após terem recebido o atendimento médico de urgência e com condições de serem recebidas para atendimento psicológico.

Segundo Brandão (1992), o diário de campo constitui-se um instrumento essencial da pesquisa, pois comporta não só as observações dos acontecimentos, como

também experiências e os sentimentos do observador no ambiente. O diário de campo, portanto, faz a mediação do pesquisador com o campo através da escrita e esta se dá sempre no momento *a posteriori*, possibilitando ao pesquisador uma atitude distanciada e reflexiva quanto às evidências de sua prática clínica.

Por se tratar de crianças em casos de tentativa de suicídio e, também, de anotações feitas em Diário de Campo, considerou-se que não era adequado o pedido de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis legais, conforme determina a Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta mesma Resolução abre a possibilidade para que pesquisas aconteçam sem a assinatura do TCLE, em casos como estes, que podem trazer mais prejuízos que benefícios para a dinâmica psíquica de todos. Foram crianças que passaram pelo serviço e não se encontram em tratamento neste local. Abordá-las, em um outro tempo e contexto, poderia precipitar questões psíquicas que não teriam espaço para serem trabalhadas neste contexto. Enviou-se ao Comitê de Ética (FHEMIG e PUC Minas) a justificativa do pedido de dispensa da utilização do TCLE (Anexo I), que foi aprovado.

A idade das crianças, cujos fragmentos de fala e estudo de caso foram utilizados, se localiza entre 7 e 12 anos incompletos, adequando-se ao que o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n 8069, de 13 de julho de 1989, Art. 2º – considera como criança: “Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos.” (BRASIL, 1990). O Estatuto considera, então, que criança é a pessoa em desenvolvimento. Para a psicanálise, a criança é um ser falante, e através de sua fala são possíveis construções em torno de sua subjetividade.

A dissertação é composta por três capítulos. O primeiro capítulo investigou a urgência no Hospital João XXIII e a presença da criança nesse contexto. O Hospital João XXIII é o maior centro de referência em intoxicações, traumatismos, queimaduras e emergências clínicas do Estado de Minas Gerais. Faz parte da rede FHEMIG, que integra vinte e três hospitais em todo o Estado. No serviço de Toxicologia, são atendidas vítimas de intoxicações exógenas várias, a exemplo das tentativas de homicídio, aborto, abuso de drogas e, mais frequentemente, tentativa de autoextermínio. As substâncias mais utilizadas nessas ocasiões são raticidas, pesticidas, medicamentos e, nos casos de abuso de drogas, cocaína e *crack*. São atendidos, também, pacientes vítimas de acidentes com animais peçonhentos.

A experiência da pesquisadora, na peculiaridade desse contexto, mostra que a tentativa de suicídio, em geral, faz uma convocação ao dever ético da equipe de saúde,

para salvar a vida do paciente, objetivando a sua recuperação bio-psico-social, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde, OMS (SEGRE, 1997. p.1). Quando, em determinado momento, houve o reconhecimento da equipe de saúde de que algo escapava ao saber até então estabelecido e focado no acidental do ato, ou seja, que poderia haver uma tentativa de suicídio, naquele caso, as crianças começaram a ser encaminhadas para atendimento psicológico. Objetivava-se, principalmente, a prevenção de reincidências. Mas, quando essas crianças podiam falar e eram escutadas, apareciam falas tais como: “eu queria morrer” ou “eu queria passar muito mal e ir para o CTI (centro de tratamento intensivo), quem sabe assim minha mãe pararia de me bater”. Houve o caso de um menino de nove anos que ingeriu vários medicamentos de seu avô, após uma briga com sua mãe, ocasião em que esta lhe disse que ele “nem deveria ter nascido”. No hospital, ele disse à psicóloga: “Queria mesmo morrer, pois achava minha mãe não me quer, porque ela prefere minha irmã mais velha”. Durante o atendimento de sua mãe, esta relatou que quando “R.” nasceu, seu pai ficou gravemente enfermo e ela entregou a criança para a avó paterna: “Depois disso foi difícil encontrar jeito para assumir “R”, mas ele acabou sendo criado no mesmo terreiro”, ou seja, aos arredores da casa da mãe.

Havia, então, algo que retirava aquele ato do plano do acidental e o lançava a outra dimensão, possível de ser constatada ao se ouvir o que as crianças tinham a dizer sobre o ocorrido. O atendimento destas crianças não foi sem consequências para o funcionamento da equipe de saúde do hospital, especialmente da Toxicologia, como afirmou um profissional, após ter conhecimento do caso de uma criança que ali chegou, em estado gravíssimo, por haver tomado duas cartelas de antidepressivos que, segundo ela, “eram para dormir”. Disse o profissional: “Isto é demais, demais! É algo que vai além de tudo que posso imaginar. É mais que demais!”.

Fez-se necessário, portanto, abordar a urgência médica e a urgência subjetiva, nelas focalizando a presença da criança e da morte no contexto de uma instituição hospitalar, bem como alguns efeitos dessa presença na equipe de saúde. Além do “Estatuto da Criança e do Adolescente” supracitado, a expressão “criança” foi considerada a partir de contribuições de Lacan e autores que seguem seu ensino.

No segundo capítulo, foi realizado um estudo sobre as contribuições de Freud e Lacan e autores contemporâneos que se orientam em seus ensinamentos acerca do ato, da diferenciação entre *acting-out* e passagem ao ato e conexões dos mesmos com a angústia. Durkheim foi abordado devido à importância de sua forma de pensar uma

sociedade anômica, ao tecer considerações sobre o suicídio.

O ato suicida não é um fenômeno atual, sempre ocorreu na história da humanidade e foi alvo de diversas explicações, segundo a época e a cultura. A palavra “suicídio”, por exemplo, como vocábulo, conforme informam Meleiro e Bahls (2004), surgiu no século XVII, na Inglaterra, na obra “Religio Medici”, do inglês Sir Thomas Browne. Esta dissertação, todavia, está focalizada em nossa atualidade, centrada no discurso capitalista. Tal discurso, conforme estabeleceu Lacan (1974), diferentemente do discurso da histórica, do universitário, do mestre e do analista, não faz laço social. Ferrari (2008), em seu texto “A Realidade social e os sujeitos solitários” salienta a dificuldade dos laços sociais nesse contexto, principalmente porque o discurso capitalista facilita a passagem da fantasia, máquina de produzir solidão, à realidade. Ele contribui para a perda de vínculos, de referenciais norteadores do sujeito que, habitado pela falta, tenta aplacá-la com objetos ofertados pelo mercado e uma consequência possível dessa situação é a iminência da angústia, que será, portanto, um dos temas abordados no corpo da dissertação.

Pensar a realidade social na atualidade é importante para refletir sobre condição da criança, da família e das instituições de saúde na atualidade. Uma novidade dos dias de hoje é o fato de que o ato suicida tem sido visto como um problema de saúde pública. Assim, são considerados dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), discutidos por Wang, Santos, Bertolote, (2004, p.99), mostrando que a faixa de idade dos suicidas está cada vez mais baixa, inclusive, com suicídios a partir de 5 anos de idade.

Para finalizar, o terceiro capítulo se dedica à questão da criança que fala pelo ato, por meio de dois casos clínicos que foram atendidos, em uma única sessão, no consultório de Psicologia do Hospital. Eles possibilitam a articulação entre teoria e prática no estudo realizado. Como se pode perceber, a Psicanálise, formalizada por Freud e Lacan, e também desenvolvida por autores da atualidade, constituiu o corpo teórico que sustentou a pesquisa realizada.

Após a trajetória acima descrita, conclui-se que podemos considerar os atos suicidas examinados nesta dissertação enquanto *acting-out* e passagem ao ato. Assim como Lacan (1962/1963) nos ensina, tais conceitos são duas modalidades de ato como resultantes de um posicionamento do sujeito frente ao Outro e ao objeto pequeno *a*. Na vertente do *acting-out*, encontramos um endereçamento ao Outro, enquanto na passagem ao ato, faltam ao sujeito pontos de apoio em nível de sua estrutura simbólica; da sua estrutura de vida. No contexto de sua história, falta-lhe esse elemento

significante, e por isso, ele se precipita e despenca fora de cena, acontecendo no real a precipitação do inconsciente. Essa lógica certamente nos apresenta outro modo de tratar a questão do suicídio, que difere de encerrá-la no âmbito de um mero acidente. Assim, espera-se que o trabalho realizado favoreça importantes discussões sobre a questão e seja útil aos interessados no tema.

CAPÍTULO 1 – A URGÊNCIA NO HOSPITAL JOÃO XXIII

“Como dói a vida quando tira a veste de prata celeste.” (Carlos Drummond de Andrade)

Este capítulo se destina à abordagem da urgência no hospital João XXIII, centrada na questão que interessa para o desenvolvimento desta dissertação, ou seja, a presença da criança em meio a todos os atravessamentos da instituição hospitalar, onde perpassam vários discursos. Sendo assim, é relevante todo o cenário que compõe o cotidiano desse ambiente: a família, os profissionais de saúde, a criança e seu ato.

1.1 – Sobre o Hospital

O Hospital João XXIII encontra-se localizado no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte. Foi fundado em 1973 para atender à crescente demanda de atendimento da capital, que, na ocasião, era atendida pelo Hospital Maria Amélia Lins. Atualmente, o João XXIII pertence à rede de hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), realizando atendimento de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual e participando da formulação da política de gestão para hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerado um hospital de referência em trauma em todo o Estado, o Hospital João XXIII possui a missão de atuar como centro de excelência no atendimento de pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações, ou seja, situações clínicas e cirúrgicas de risco iminente à vida. Por se tratar de um hospital de urgência e emergência, assim que o paciente consegue uma estabilidade do ponto de vista clínico, o mesmo tem alta hospitalar ou é encaminhado para serviços da rede de saúde primária ou secundária. O hospital possui uma prática importante ligada ao ensino, tendo inclusive recebido o título de Hospital Escola concedido pelo MEC e Ministério da Saúde.

Quanto à estrutura física, o hospital é constituído por um bloco horizontal, que abriga os ambulatórios, o Centro de Intoxicações e Atendimento Toxicológico, o Centro de Terapia Intensiva (CTI) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O bloco vertical é composto pela Pediatria, a Unidade de Cuidados Progressivos, a Neurologia, a Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica e a Ortopédica, a Cirurgia Plástica e a Unidade de Tratamento de Queimados. No hospital funcionam as seguintes especialidades médicas: Cirurgia geral, Clínica médica, Pediatria, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-facial, Oftalmologia. Há, também, uma equipe multidisciplinar composta também por psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos.

A prática da Psicologia surgiu no Serviço de Toxicologia no ano de 1991, e logo em seguida foi celebrado um convênio entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MINAS) e a FHEMIG para estágios de alunos do curso de Psicologia na Clínica Neurológica, Unidade de Queimados e Toxicologia, devido a questões político-institucionais. A prática de estágio surgiu junto com a prática da Psicologia no hospital e se manteve ao longo dos anos por meio de estágios curriculares e extracurriculares nos cursos de Graduação em Psicologia e também no Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica nas Instituições de Saúde da PUC Betim. Com a oferta do serviço, foi criada a demanda para a contratação de um maior número de profissionais e assim, gradativamente, todas as clínicas de atendimento passaram a contar com o serviço de Psicologia, por meio de concursos e contratações. Antes vinculado ao Núcleo de Ensino e Pesquisa, o setor de Psicologia passou a ser integrado à chamada Divisão de Apoio Técnico, juntamente com a Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social. A equipe de psicólogos se caracterizava, na época da pesquisa, por uma diversidade teórica e se movimentava em torno da construção de um trabalho clínico dentro da instituição hospitalar.

A prática da Psicologia no Hospital João XIII era caracterizada pelo atendimento clínico, de acordo com a demanda dos pacientes e também de seus familiares. Os pacientes a serem atendidos eram encaminhados pela equipe multidisciplinar por meio de um pedido verbal ou formalizado em ofício próprio. A demanda ativa, dirigida aos profissionais de Psicologia, promoveu a verificação da qualidade de trabalho ali desenvolvido e houve até mesmo demanda para atendimento pontual de certos funcionários. O trabalho se ampliava e, com a implantação do Projeto de Humanização,

a partir do ano 2000, pelo Ministério da Saúde, houve então a necessidade da contratação de mais um psicólogo para o desenvolvimento do trabalho.

Para a sustentação da prática clínica no hospital, alguns profissionais procuravam supervisão fora da instituição e utilizavam a discussão de caso, de acordo com a afinidade teórica existente entre os colegas. Foi realizada, no ano 2000, a primeira Jornada da Clínica de Psicologia do Hospital João XXIII, movida pela necessidade de formalização do trabalho, que implicava questões relativas a uma clínica que contemplasse o sujeito. Isso porque a instituição hospitalar, com suas especificidades e atravessamentos, onde a urgência em salvar vidas compõe seu cotidiano, muitas vezes é levada a prescindir do lugar para a palavra do sujeito que se encontra num contexto singular de sua história.

O serviço de Toxicologia, setor onde a pesquisa foi realizada, trata de pacientes vítimas de acidentes com animais peçonhentos e intoxicações por agentes diversos em várias circunstâncias como tentativas de auto-extermínio e homicídio, acidentes, e abuso de substâncias. Nos casos de intoxicações, as substâncias mais utilizadas são venenos (raticida, herbicida, e inseticida), medicamentos (principalmente benzodiazepínicos, antidepressivos e neurolépticos), cáusticos (água sanitária, soda cáustica, ácido muriático, etc). Os pacientes são atendidos no ambulatório de urgência e podem permanecer no ambulatório de urgência por 12 horas e, posteriormente a esse tempo, de acordo com suas condições clínicas, ou é aberta uma autorização de internação hospitalar (AIH), ou o paciente é transferido para outra instituição, ou tem alta para casa. Ressalta-se que os casos trabalhados nesta dissertação foram atendidos em uma única vez e posteriormente encaminhados, de acordo com as diretrizes da instituição.

No Serviço de Toxicologia do hospital, o modo de funcionamento da Psicologia consiste em participar no início do plantão, junto à equipe médica da discussão de casos, com objetivo de acolhimento dos pacientes. São encaminhados, principalmente, casos de tentativa de autoextermínio em que o sujeito se encontra lúcido, em condições de verbalizar. A partir do atendimento, é feita uma nova discussão do caso, junto aos médicos, acadêmicos e definida a conduta e o encaminhamento, objetivando a alta hospitalar do paciente. Quando o paciente permanece internado, este continua sendo atendido pelo serviço de Psicologia.

A formulação de uma demanda para o atendimento psicológico por parte da equipe de saúde não era tarefa simples e comumente eram encaminhados pacientes com episódio de tentativa de autoextermínio ou em outros casos que apresentavam algum

sofrimento psíquico. Havia uma expectativa de que o psicólogo devolvesse a perfeita sanidade ao sujeito, auxiliando o trabalho da Medicina, de modo a reintegrá-lo dentro de uma visão de saúde que prescreve uma “situação de perfeito bem estar físico, mental e social” de acordo com a OMS¹. Trata-se de uma visão de saúde que sofreu e sofre muitas críticas, a exemplo de Segre (1997) que enfatiza que o “perfeito bem estar” é uma característica que se encontra distante do ser humano, uma vez que o “mal-estar” faz parte da condição humana, e que a primeira proposta pressupõe a clivagem entre o psíquico, o somático e o social.

Percebemos que a demanda direcionada ao trabalho psicanalítico no hospital está apoiada principalmente na dificuldade humana em lidar com a morte e também com as manifestações do gozo, como por exemplo, quando a equipe se desdobra para tratar o sujeito e este não responde ao tratamento, permanecendo numa posição de sofrimento. Tal fato é extremamente angustiante para a equipe de saúde, que pode concluir que existem questões psíquicas em jogo, determinantes no processo e, a partir daí, demandam que o sujeito seja enviado para o atendimento.

1.2. A urgência médica e a urgência subjetiva

De repente, um fato inesperado e dramático irrompe na vida do sujeito, a exemplo de Maria. Ela foi contatada pelo Serviço Social do hospital e recebeu a informação de que sua filha foi atropelada por um ônibus e se encontra em estado grave. Ao chegar, Maria é encaminhada ao setor de politraumatizados e lhe é comunicado falecimento da filha, minutos antes de sua chegada ao hospital. Ela solicita à equipe que a levem até onde estava o corpo da filha, estendido na maca, ensanguentado e intubado (com respirador artificial). Neste momento, a equipe chama o profissional da Psicologia. Maria, sob o impacto da cena, não conseguia falar, estava sob o instante de olhar². Em seguida, agarrada à filha repetia: “Minha filha, o que foi acontecer com você!” As pessoas se aproximavam, falavam com ela, mas Maria parecia estar desligada do ambiente, repetindo essa frase por algum tempo. Parecia ignorar a todos, entregue à sua

¹ Disponível em: <<http://www.who.int/en>> Acesso em: 29/03/2009.

² Termo originado do artigo de Lacan (1966) “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada” onde ao autor se refere à conjectura do tempo intersubjetivo: o instante de olhar, tempo para compreender e o momento para concluir.

dor. A equipe de enfermagem solicitava a retirada de Maria para que os procedimentos para o encaminhamento do corpo fossem realizados, mas ela parecia não escutar. Nesse momento, a pesquisadora, que trabalhava no serviço de psicologia do Hospital se dirigiu a ela e lhe perguntou se ela queria lhe falar um pouco sobre sua filha. Maria se virou e disse: “Era a minha mais nova”. E, a partir de então, se dispôs a contar a história de Angélica, até chegar à pergunta “Por que isso foi acontecer comigo”?

A porta de entrada do Hospital João XXIII recebe pacientes em situação de urgência e emergência por um trauma físico. Junto a essa situação, no entanto, muitas vezes aparece outra urgência, um sofrimento do qual o sujeito não pode, no momento, agüentar. É como se o sujeito não conseguisse localizar nem mesmo o que há de seu ali. Muitos dizem que não conseguem acreditar naquele acontecimento, sem imagens ou palavras que possam expressar o ocorrido e, diante da emergência do real, o hospital tem uma função primordial. De acordo com Belaga, diante da inconsistência do sujeito, o hospital aparece como uma garantia do Outro, uma garantia simbólica do Nome-do-Pai, como se podem comprovar nas chamadas urgências. (BELAGA, 2003).

Num hospital, o tempo escapa, o tempo como tal não funciona. A urgência médica exige que não haja escansão: a tentativa da evolução da medicina é abreviar ao máximo o tempo entre o chamado e a resposta. Sendo assim, a instituição hospitalar pode nos apresentar uma antinomia: mente e corpo, Psicanálise e Medicina, urgência médica e urgência subjetiva, discurso médico e discurso psicanalítico. Pensar a Psicanálise na instituição implica em saber da coexistência de vários discursos. Lacan (1901/1981) se referiu a quatro discursos: do mestre, da histérica, universitário e psicanalítico. Dessa forma, o que diferencia a psicanálise das psicoterapias e também dos outros discursos é o fato de a psicanálise se ocupar do sujeito e de seu modo de gozo.

A urgência médica supõe um saber que elimina a dimensão do tempo, para operar imediatamente sobre o acontecimento, o que a leva, muitas vezes, a se prescindir do lugar para a palavra do sujeito, tendo em vista que é comum o sujeito não se encontrar em condições de falar diante da situação que acometeu seu corpo. A urgência médica, então, trata o doente, direcionando seus cuidados para os signos que constituem os sintomas do paciente. Num pronto-socorro, há um movimento de antecipação. Mesmo antes de a ambulância chegar, os profissionais já se posicionam para atender à urgência médica. Através do aparato da Medicina, as sirenes das ambulâncias, os recursos diagnósticos avançados e o próprio funcionamento da urgência no hospital são

colocados a serviço de suprir a necessidade do paciente, suprimindo a escansão entre o chamado e a resposta.

De acordo com Leguil (1990), o médico entende a urgência como “coisas por fazer”, enquanto o psicanalista a entende como “coisas por dizer”.

Lacan , quando analisou a relação entre Psicanálise e Medicina, em sua conferência sobre “Psicanálise e Medicina” (1966), afirma que a Medicina coloca a Psicanálise num lugar marginal, como uma espécie de ajuda externa. O que ele esclarece é que este lugar é extraterritorial, sendo preciso manter essa extraterritorialidade, pois não se trata da mesma coisa, ainda que médico e o profissional que opera com o discurso da psicanálise estejam tratando do mesmo paciente. É mantendo essa extraterritorialidade com relação ao médico, que se consegue operar do lugar de analista.

De acordo com Clavrel (1983), o discurso do médico é o representante do discurso da ciência. Este discurso prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia, quanto daquele que o escuta. Trata-se de um discurso que prossegue de acordo com suas próprias leis, que impõem sua coerção tanto ao médico, quanto ao doente. A ordem médica se impõe por si mesma, em nome da vida, sendo preciso obedecê-la. Porém, no momento em que o discurso médico exclui as posições subjetivas, ele abre espaço para a Psicanálise.

Se pensarmos nessa perspectiva, tal como argumentou Clavrel (1983), a Psicanálise não correspondeu à expectativa do cientista, nem por sua metodologia, nem por seus resultados. Não correspondeu à expectativa do médico por sua inaptidão radical para colocar em relação causal fatos psíquicos com efeitos biológicos ou doenças e também por não possuir uma proposta de adequar o sujeito ao seu meio. No entanto, é diante dessa descontinuidade entre o ideal do discurso científico e social, e a resposta que de cada sujeito, que o psicólogo ou psicanalista é chamado a atuar na instituição hospitalar.

O cientista acredita no objeto, é sobre ele que trabalha para a produção de uma verdade. Em contrapartida, para Lacan, é enquanto faltoso que o objeto funciona, movimentando o desejo, uma vez que a psicanálise não conhece do homem senão a sua “falta a ser” (1962/1963). No entanto, mesmo estando fora da ordem médica, a Psicanálise serve a ela. Desde Freud, por exemplo, a histérica colocou a cena médica em questão. Um exemplo claro disso é como a própria entrada da paciente histérica no pronto-socorro é avaliada pelo médico: é descartada alguma patologia do ponto de vista

físico e a paciente é, então, encaminhada para ser escutada. Os médicos sabem que ali não há nada passível de ser inscrito no discurso médico e que, por meio de uma escuta analítica, as questões podem se resolver e a alta hospitalar da paciente ser efetuada.

Um ponto significativo da prática clínica fundamentada na psicanálise é que esta não propõe um efeito silenciador no sujeito, tal como propõe, diante do sofrimento psíquico, o discurso médico, pois esse discurso não tem como codificar o sofrimento subjetivo do sujeito, o lugar que o sintoma ocupa no psiquismo, podendo somente agrupá-lo como sinais característicos de determinada patologia.

Em princípio, pode parecer haver uma oposição entre o discurso médico e psicanalítico. Ela se desfaz quando retomamos a premissa de que o corpo biológico de um paciente não é o mesmo que seu corpo simbólico. O médico trabalha para tratar e curar seu doente através de um saber construído pela ciência, ao passo que a Psicanálise tem como fundamento epistemológico o inconsciente estruturado como uma linguagem, o sujeito do inconsciente que aponta para uma singularidade, ocupando-se de um saber constituído pelo próprio sujeito.

O profissional que opera com o discurso psicanalítico sustenta seu lugar na instituição hospitalar na condição de uma escuta. Trata-se da escuta do sujeito que fala após a ocasião de seu ato e, também, do real que acometeu o seu corpo. Nesse sentido, a função do psicanalista é convidar à fala e não calar o sujeito.

Na urgência subjetiva, ao contrário da urgência médica, a situação de crise é caracterizada por uma ausência dos recursos com os quais o sujeito lida em seu cotidiano, que foram esgotados pela dimensão do real. Está implícita, certamente, uma ruptura na cadeia significante, uma ruptura na subjetividade. Algo do dizer não se articula; algo ocorre no ponto em que um significante se articula a outro significante ($S1 \rightarrow S2$) para representar o sujeito. Sendo assim, na falta dessa articulação, o sujeito não pode se representar.

Quando o significante não se articula a um dizer, há uma mortificação subjetiva, cuja consequência é o apagamento do sujeito ao invés de sua representação. O sujeito se confunde com o significante que o constitui, em um máximo de alienação, de modo a que não se possa operar a retroação³ significante, constituinte da operação de separação, que permite ao sujeito encontrar seu lugar. Aqui, encontra-se o risco de uma passagem

³ Esquema de comunicação que corresponde ao *Nachträglich* freudiano, ou seja, o *a posteriori*. (Quinet, 1991).

ao ato, que se apresenta como um modo de o sujeito se separar dos efeitos mortíficos do significante, a fim de resolver sua indeterminação. (Leguil, 1990).

A urgência é uma quebra da homeostase, uma ruptura aguda que se configura como um chamado ao Outro. Na urgência, no entanto, trata-se de um chamado ao Outro que se distingue da demanda e do *acting-out*, uma vez que a urgência demanda intervenção e cálculo, enquanto o *acting-out* demanda interpretação. (Wolodarsky, 1990).

Seldes (2004) entende que, embora a urgência possa ser concebida como da ordem do ato, no sentido da ruptura, ela se distingue de ambos por não se dirigir a um, mas sim ao mundo. Pensemos na imagem da ambulância com as sirenes ligadas. Por onde ela passa, anuncia uma urgência e, nesse sentido, é para todos. O sujeito urge em direção ao todo da instituição hospitalar. Na urgência subjetiva, uma vez que o significante não se articula, o sujeito não pode se representar, o que gera um efeito de mortificação subjetiva. E, quando isso ocorre, o sujeito apela para recursos como o *acting-out* e a passagem ao ato, sendo este último uma maneira drástica para o sujeito se livrar dos efeitos mortificantes do significante, visando sair de sua indeterminação.

Nesse sentido, na urgência, o profissional que opera com o discurso da psicanálise tem que articular a pressa exigida pela situação ao tempo do sujeito. Trata-se de introduzir uma dimensão do tempo lógico ali onde a urgência do sujeito chama à ação, tornando essa urgência algo nomeável. Diante do convite à fala, o sujeito pode inserir-se na cadeia significante para transformá-la em demanda, reintroduzindo, assim, a dimensão simbólica.

1.3 - A criança no hospital

Desde Freud temos uma distinção entre a criança e o adulto que acentua mais a constituição do aparelho psíquico do que o desenvolvimento de um ser que se realiza, seguindo a ordem de maturação do corpo. É na assunção do complexo de castração no menino e do *penisneid* na menina, através do complexo de Édipo, que Freud (1924) traça a linha divisória entre a criança e o adulto, via os remanejamentos estruturais do período de latência e da puberdade. O recalque é localizado por ele como posterior ao Édipo, a partir do qual a disposição perverso-polimorfa da sexualidade infantil vai

constituir-se como uma pré-história, que se estrutura através do primado do falo. A primazia do falo, a partir da qual Freud formula uma só libido para ambos os sexos, é também o que vai determinar a equivalência da criança ao falo. A criança freudiana é a criança-falo, equação simbólica a partir da qual Freud concebia a maternidade como a via da feminilidade na resolução do Édipo.

Freud descreveu o infantil como caráter essencial e incurável da sexualidade humana, desmascarando não só a ideologia da inocência das crianças, mas a de qualquer ser falante, já que a criança que ele é ou terá sido, é antes de tudo inconfessável, inacessível. Lacan, por sua vez, utiliza a noção de pessoa ao longo de seu ensino (Valas, 1991) e, de acordo com Clastres (1991) e Laurent (1995), ele prefere utilizar a expressão “pessoa grande”, em vez do termo “criança”. (LACAN, 1988/1959- 60, p.37). Rosine e Robert Lefort tecem uma definição sobre o infantil: “O infantil é a estrutura, isto é, o efeito do significante na estrutura do sujeito do inconsciente” (LEFORT, sd, p.3).

Laurent (1995, p.32), em seu texto “Existe um final de análise para as crianças” coloca que Lacan deixa aberta uma questão: Acredito que o que separa a criança da pessoa grande não seja a idade, nem o desenvolvimento e nem a puberdade, mas, “a ética que cada um faz de seu gozo”. A “pessoa grande” é, assim, aquela que se faz responsável por seu gozo.

A partir do ensino de Lacan, Valas (1991) propõe uma distinção interessante entre a criança e o adulto, em torno de quatro pontos. Primeiro, no nível do significante, a criança é um ser falante dividido por ele, podendo-se utilizar, fenomenologicamente, uma escala diferencial que vai da criança que fala, passa pela descoberta da castração materna, para atingir o ponto de aprendizado da escrita. Segundo, no nível do gozo, a criança não dispõe do ato sexual. Ela não tem acesso ao gozo sexual, devendo contentar-se com um gozo puramente masturbatório, sendo este o ponto no qual se encontra a incidência da castração como limite entre a criança e o adulto. Terceiro, no nível da história, a chamada experiência de vida também é considerada como um traço distintivo entre a criança e o adulto, considerando-se, em primeiro plano, a noção de aprendizado, ainda que esse saber suplementar seja diferente do saber inconsciente. E, em quarto lugar, no nível do ato, trata-se da criança definida, no contexto do discurso do

Mestre, como alguém que não pode dispor de meios econômicos e jurídicos para sustentar seu ato, o que não quer dizer que ela não possa atuar.

A presença da criança no hospital muitas vezes é capaz de mobilizar muitas questões na equipe, pois de acordo com Ansermet (2003):

“Para cada sujeito, sejam quais forem os dados de sua história, alguma coisa lhe escapa, da qual ficará separado para sempre. Houve corte, uma distância permanece irreduzível. Nunca se revelará para a criança o mistério de sua origem. A amnésia infantil o testemunha. Mais que ao originário, a criança leva ao que a psicanálise com Lacan define como o real, isto é, ao indizível, ao indispensável. Pôr em jogo a criança no adulto, condição de encontro com uma criança, nos faz ir de encontro à criança como inacessível no âmago do ser. Encontramos na clínica a evidência de um real impossível de suportar. (ANSEMET, 2003, p.13).

No hospital, encontramos a morte no cotidiano, mas é certo que, por seu caráter traumático, podemos “nada querer saber” sobre ela. “A criança é um ser pulsional por excelência e desvela para o adulto as dimensões nele recalçadas” (AMSERMET, 2003, p.18). O encontro com o real do sexo e da morte, que se dá na infância, é um encontro sempre traumático. Pode-se compreender, pois, certa intolerância da equipe ao que o infantil revela, uma vez que a evidência da morte e da sexualidade, em uma criança, pode constituir, para os membros da equipe que o atende no hospital, um encontro com a resposta que cada um deu a esse encontro de um real traumático, revelando-se de maneira dolorosa.

De acordo com Manonni (1967), “A sociedade confere à criança um estatuto, porque a encarrega, por sua vez, de realizar o futuro do adulto: a criança tem por missão reparar o malogro dos pais, realizar-lhes os sonhos perdidos” (MANNONI, 1967, p.9). Trata-se da criança imaginada e, de acordo com Vorcaro (2004): “Este caráter da criança enquanto processamento do ato criativo de outrem que a inventa, estabelece, funda ou institui, permite a acepção da criança enquanto única, singular, feita existir, trazida à luz.” (VORCARO, 2004, p.23).

O futuro ideal que a criança pode representar localiza-se no âmbito imaginário, não comportando o furo irreduzível do encontro traumático com o real do sexo e da morte. Inevitavelmente, a simples presença da criança no hospital pode fazer vacilar esse semblante, através de uma confrontação do sujeito com o real.

O trabalho com crianças no hospital revela a necessidade de uma prática de fronteira entre a instituição hospitalar, a instituição familiar e o sujeito. Isso permite operar além do que o corpo da criança apresenta, no sentido de que alguma coisa deva

ser escutada. O profissional que opera com o discurso da Psicanálise escuta a criança, sua família e de que maneira a doença ou seu próprio ato ocupam um lugar em sua história. Esta prática propõe não somente levar em conta a realidade física da doença, mas, principalmente o lugar ocupado por ela na realidade psíquica do sujeito.

No último ensino de Lacan, surge o conceito de “falasser”, que inclui o sujeito e o corpo, ou seja, trata-se daquilo que o corpo o sujeito o tem a partir da linguagem. É a linguagem que nos concede um corpo. Nesse sentido, na Psicanálise não separa a realidade física e realidade psíquica, como na Medicina. Respeitam-se os avanços científicos da Medicina e leva-se em conta as ocorrências das doenças na história de uma criança, mas não se opera separando duas realidades. É a linguagem que insere a criança nas instituições humanas e que, no caso de que se tenha inscrito a função fálica, situa-a no interior da fantasia. É por isso que é possível operar com o discurso da psicanálise também na instituição hospitalar.

Di Ciaccia (2005) defende o ponto de vista, realçado por Éric Laurent, de que não existe criança sem instituição, fazendo referência à proposição, estabelecida por Lacan no texto “Alocução sobre as psicoses da criança” (1967), referente ao fato de que todo ser humano se encontra inserido no contexto institucional pela própria matéria-prima que o constitui, ou seja, a linguagem. Esta, enquanto estrutura, está na base de toda formação institucional, aparecendo através das modalidades designadas como “cultura” ou “civilização”. A relação entre criança e instituição se estabelece e esta última não representa apenas um efeito de linguagem no campo social humano, mas o campo onde a criança se humaniza, seja esta a instituição familiar ou alguma outra que a substitua.

Toda instituição carrega em seu cerne um mal-estar, tal como Freud anunciou em “Mal-estar na civilização” (1929), ou seja, toda cultura traz uma marca específica que lhe torna humana e lhe faz ser distinta da natureza. Esse mal-estar é irreparável, uma vez que a própria linguagem carrega em si um furo, não conseguindo apreender ou simbolizar tudo. Um real, algo sempre escapa à simbolização da linguagem. Nesse sentido, a designação de “acidental” para o ato suicida na infância pode ser considerado como uma forma de dar um nome a esse furo, a esse impossível de ser dito; de nomear algo que é mesmo demais para a equipe e para a família: uma contingência que encontra uma nomeação através da palavra “acidente”.

A instituição médica, assim como as outras instituições, carrega esse impossível de dizer, a que Freud chamou de “pulsão” de morte e Lacan teorizou como “gozo”.

Através de seus semblantes, as instituições humanas tentam dar conta do que se apresenta como inominável. No hospital, essa tentativa aparece através dos discursos que se apresentam em torno da morte. De acordo com Ciaccia (2005), Lacan ressalta que se trata não de fechar ou abrir problemas, mas sim de “situá-los e aprender a referência a partir da qual podemos tratá-los, sem que nós mesmos fiquemos presos num certo engodo” (LACAN, 2003, p.360). Por essa razão, o acidental precisa ser considerado e escutado na prática exercida dentro da instituição hospitalar, pois não se trata de evidenciar que não foi um acidente, é preciso acolhê-lo, até porque o suicídio pode ser entendido como um acidente específico das relações do sujeito com a ordem simbólica. (AMSERMET, 2003. p.185).

Em 1969, no Seminário “O avesso da psicanálise”, Lacan analisa as formas de laço social e, nesse mesmo ano, é publicado o texto “Nota sobre a criança”. Um pouco antes, em 1967, ele pronuncia o “Discurso de encerramento das Jornadas sobre as psicoses infantis”, publicado em 1968⁴ e apresenta sua “Proposição de 9 de outubro de 1967, sobre o psicanalista da Escola”. Esse período, que vai de 1967 a 1970, marca o início do que Éric Laurent chama de “anos pequeno a”, caracterizados por uma reavaliação da metáfora paterna e da teoria da criança na posição fálica. Faz-se uma crítica ao falo e ao Édipo freudiano, que já se esboçava no Seminário VIII: a transferência (1960-1961) ganha força e encontra seu desenvolvimento no reexame que Lacan faz dos mitos freudianos do pai no “Seminário XVII: O avesso da Psicanálise”, proferido em 1969-1970. Nesse percurso, Lacan interroga a contribuição da Psicanálise sobre o gozo, considerando a resposta fálica, tal como ela se inscreve na metáfora paterna, como insuficiente. Para compreender como situar a criança em um mundo manejado pela ciência e pelo discurso do capitalismo, que entrava na via da segregação a que Lacan vai chamar de “reino da criança generalizada” (1967), era necessário levar em conta o tratamento do gozo em uma escala que não era a escala familiar do tratamento do gozo constituída pelo Édipo. Não era garantido que o pai moderno conservasse, em um mundo imperialista, o mesmo estatuto trágico de uma antiga ordem social que Lacan simboliza como a do Império. A crítica ao Édipo e à teoria fálica torna-se mais forte com a promoção cada vez mais insistente do objeto *a* como real e o pai passa a ser definido menos em termos de sua relação ao significante do desejo, que é o falo, e cada vez mais em relação ao objeto *a*. Este percurso nos ajuda a pensar a

⁴ O texto consta na edição brasileira dos Outros Escritos com o título “Alocução sobre as psicoses da criança” (1967).

respeito da contribuição da Psicanálise em relação ao gozo e da condição da criança e da família na atualidade.

Em “Nota sobre a criança” (1969), Lacan denuncia o fracasso das utopias comunitárias e destaca a função de resíduo que sustenta e mantém a família conjugal na evolução das sociedades, ressaltando o irreduzível de uma transmissão que não pertence a uma ordem da vida adequada à satisfação das necessidades, mas ao registro lógico de uma necessidade que coloca em questão a função da família de velar o gozo, de refreá-lo, a partir do que as funções da mãe e do pai podem pressupor. Da mãe, pelos cuidados com a criança, que carregam a marca de um interesse, não universal, mas particularizado por intermédio das próprias faltas. Do pai, pelo seu nome, na medida em que este sustenta uma encarnação da lei no desejo. Isso quer dizer que uma criança se humaniza em uma família, na medida em que nela tem lugar a separação entre o sujeito do desejo e o organismo vivo. Tal separação que faz com que não se confundam as funções do pai e da mãe com aquelas dos genitores. Lacan (1967) situa o sujeito como aquilo que humaniza um corpo vivo, sujeito particular, sujeito de um inconsciente, que faz irreduzivelmente singular a vida de cada um, a solidão de seu gozo e seu valor único. O que Lacan busca situar é a contingência do nascimento, não da criança, mas de uma constituição subjetiva na criança, a partir de um desejo não anônimo.

Na “Nota sobre a criança” (1969), Lacan coloca que é porque a família conjugal permanece como resíduo, como objeto *a*, que ela resiste e se mantém. A instituição familiar sustenta essa função de resíduo e, ao mesmo tempo, se sustenta a partir dela. A persistência dessa função é interpretada, por Lacan, pelo que perdura de irreduzível na transmissão que se dá no interior da família. Essa transmissão não é da ordem do saber ou da necessidade, mas a de um desejo não anônimo e constituinte para o sujeito. Por outro lado, a abordagem que Lacan (1969) faz a respeito do fracasso das utopias comunitárias, quanto o que Durkheim (1897/ 2000) chamou de “sociedade anômica”, na qual há o anonimato do desejo, que passa pela coletividade, é apagado o singular do sujeito.

Ainda em “Notas sobre a criança” (1969), Lacan ensina que esse buraco real, esse resíduo transmitido pela família conjugal, cujo agente é o pai, é designado como “verdade do casal familiar”, a examinar como essa verdade se coloca através da copulação entre os significantes pai e mãe, na falta de que se possa, estruturalmente, dizê-la toda.

Como representante da verdade do casal, o sintoma da criança é, então algo da estrutura familiar, que não se articula em termos de representação significante, mas que encontra uma maneira de se inscrever. (Espinha, 2007) Desde “O Seminário IV: a relação de objeto” (1956/1957), Lacan já formalizava a relação mãe-criança atravessada pela função paterna. Isso implica que a incidência da função paterna sobre o desejo materno determina a condição de possibilidade de constituição do sujeito. É o que a metáfora materna contempla: que o desejo do pai referencie o desejo materno à lei, para que a criança não sature na mãe a falta em que seu desejo se apóia, ou seja, que o objeto criança esteja na condição de não todo, não sendo tudo para o sujeito materno, cujo desejo deve ser atraído por um homem e dirigir-se a ele. (Miller, 1977).

É no “O Seminário do livro 22: R.S.I.” (1974-1975), que Lacan enuncia que um pai só tem direito ao respeito, e mesmo ao amor, se este for pai-versamente (*père-versement*) orientado. Esse termo designa a apreensão subjetiva do pai, não a partir de um Ideal, mas a partir de uma causa sexual. Em “O avesso da psicanálise” (1969), o pai idealizado é questionado de maneira radical, por ser um mito freudiano de garantia do universal. A partir do caso Dora, Lacan mostra que, se há um pai idealizado, há também um questionamento do pai em torno da causa sexual.

Nesse momento, a desconstrução que Lacan faz do pai é uma destruição sistemática do pai como Ideal ou universal. Defini-lo a partir de sua perversão particular é defini-lo a partir do objeto de seu fantasma e do sintoma, logo, é defini-lo a partir da singularidade de seu gozo. Lacan restabelece o registro do amor ao pai, não a partir do Ideal, mas do respeito ao pai, cuja condição é a de que ele sustente sua função, pelo fato de ter enfrentado a questão do gozo de uma mulher e de seu próprio gozo, fazendo-se responsável por ele.

A instituição, seja ela familiar, hospitalar ou psicanalítica, apresenta-se como um lugar de iniciação marcada pela lei e pelo social. De acordo com Lacan, “Toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo.”⁵ (LACAN, 2003, p.362). A urgência encontra seu lugar no contexto da instituição, na medida em que faz este apelo ao Outro, à lei, a alguém que possa se prestar a dar conta do que não tem nome, o próprio real. O profissional orientado pela Psicanálise não se orienta pelo ideal, mas trabalha levando em conta o gozo, e tudo o que foi descrito nos parágrafos anteriores, buscando instaurar a particularidade contra o ideal. A criança que se encontra

⁵ Lacan utiliza aqui a palavra “formação humana” para designar o fato institucional produzido no homem pela linguagem. Posteriormente falará de discurso (CIACCIA, 2005, p.20).

na posição de objeto traz um encontro traumático com o real do sexo e da morte (criança- morte- sexo), como referido anteriormente, que pode-se apresentar como um real não simbolizado, insuportável. Trata-se, portanto, de saber que o que humaniza uma criança é a operação que faz com que enquanto real, ela possa simbolizar uma imagem. É o que propomos quando a convidamos para falar de seu ato.

CAPÍTULO 2- SOBRE O ATO SUICIDA E SEUS DESDOBRAMENTOS.

“Já lhe dei meu corpo, minha alegria
Já estanquei meu sangue quando fervia
Olha a voz que me resta
Olha a veia que me salta
Olha a gota que falta pro desfecho da festa

Deixe em paz meu coração
Que ele é um pote até aqui de mágoa
E qualquer desatenção, faço não
Pode ser a gota d’água ”

(Chico Buarque de Holanda, 1975)

Neste capítulo, será abordado o uso que se faz nesta dissertação da palavra “ato” bem como suas vertentes de passagem ao ato e de *acting-out*, já que o caminho que se elegeu para ser seguido, tem seu foco nesses dois modos de ato, conforme pode ser observado em um dos objetivos traçados. Também será abordada a angústia em sua conexão com o tema em estudo e as contribuições de Durkheim em relação ao ato suicida, em função da importância que têm, quando alguém se dispõe a estudar um tema como esse.

2.1- Contribuições a partir de Freud e Lacan

Nesta dissertação, o ato será abordado por meio do referencial psicanalítico, demarcado por Freud, Lacan e autores contemporâneos que se orientam por esta vertente.

Na obra freudiana, é possível observar que o texto “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901) tem sido mencionado, por alguns autores, a exemplo de Brodsky (2004), como um dos grandes escritos de Freud sobre o ato. Nele já é possível encontrar formalizações de Freud sobre o fato de que os atos não são inocentes, não são meros movimentos, ou seja, possuem significação. Como a psicanálise prima pela escuta, o ato é situado, nesse campo teórico e prático, associado à noção de inconsciente e linguagem.

Sônia Alberti (1999) é uma estudiosa que, em sua pesquisa sobre o tema, localiza a presença do termo “ato” como anterior à “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901). Desenvolveu uma pesquisa importante em torno da palavra “ato”, a partir de seus usos por Freud e, a partir daí, situou os termos da língua alemã: *Aktion*, *Halftung*, *Akt*, *Tat* e *Agieren*.

Segundo a autora, o termo *Aktion* aparece na obra de Freud inserido de duas maneiras: o da ação específica e das ações de repetição. No que se refere à *spezifische Aktion*, trata-se de um tipo de ação que irá operar no mundo externo visando ao resgate da homeostase. Nesse caso, as estimulações chegam ao organismo e o aparelho psíquico se coloca a serviço de certas modificações da realidade, a fim de obter a satisfação de suas necessidades. Freud, em “Projeto para uma psicologia ” (1895/1950) utiliza o termo *Aktion* com essa conotação, por exemplo, quando se refere às experiências de satisfação. Acredita que o organismo humano, a princípio, é incapaz de levar a cabo a ação específica, então, a criança, através de seu grito (alteração interna), mobiliza a pessoa que se encontra próxima. O psicanalista ressalta a importância dessa via de descarga, que teria uma função de comunicação. No entanto, não é somente do ponto de vista econômico que interessa a ação específica. Essa ação é importante, sobretudo, por sua articulação com o movimento da criança em direção à realidade. No que tange à sua relação com o mundo, o bebê encontra-se numa situação de desamparo fundamental, entregue ao assujeitamento, frente às estimulações das quais não consegue escapar. Neste momento se instala, de acordo com Alberti (1999), o princípio da realidade, em que a criança fará um reconhecimento do mundo exterior, tentando modificá-lo ao seu modo e segundo suas necessidades. Lacan, em seu seminário “A ética da psicanálise” (1959-1960) entende a ação específica não como uma reação, mas como o correspondente da satisfação, significando-a como o correspondente do objeto reachado. Ele reconhece que, a essa ação específica, sempre faltará alguma coisa, o que estabelece, então, o fundamento do princípio da repetição em Freud, que constitui outro significado para o termo “*Aktion*”.

Handlung, de acordo com Alberti (1999), designa o momento em que o sujeito distingue necessidade e desejo, podendo converter o excesso de excitação em descarga motora, introduzindo aí uma diferença entre as instâncias consciente e inconsciente. Tal ato exige, portanto, um armazenamento de energia devido à complexidade da ação. Possui sua raiz no princípio do prazer, inaugurando a perda de autonomia do sujeito em relação a si próprio, admitindo que toda ação seja consciente e voluntária, mas regida

por movimentos que não pertencem à consciência. Nesse caso, o autor da ação é o sujeito da razão, por isso, ela não porta a verdade do sujeito sendo preciso buscá-la em outro lugar. De acordo com Alberti (1999), a ação *Handlung* não pode ser considerada o ato, pois este é um significante. E, nesse caso, trata-se de uma ação parcialmente verbalizada, uma vez que o ato em questão constitui-se como função do julgamento pré-consciente. Trata-se de uma ação somente no contexto em que Freud chamaria de representação de palavra e representação de coisa. Lacan (1962-1963) refere-se ao termo no contexto das questões formuladas em torno da organização da transferência.

O *Akt* diz do ato sexual (*Sexualakt*), o coito, referenciado no início da teoria freudiana. Posteriormente, o termo ganha nova aplicação em “Para além do princípio do prazer” (1920), o que permitirá uma associação entre o *Akt* freudiano e o *Akt* lacaniano, na medida em que se vincula à repetição, não apenas como algo que insiste em aparecer, mas como algo que transforma o ato de repetição em eternização do desejo. Nesse sentido, Lacan coloca que o ato é fundado sobre repetição.

Tat é o ato fundante, que cria o objeto de desejo: é um ato sem barra da cultura, e que não espera para se concretizar, conforme orienta Alberti (1999). O *Tat* freudiano não se produz na repetição, mas é ele que a funda. Pode ser equivalente ao ato não falho que Lacan escolhe para definir o suicídio. Em “Totem e Tabu” trata-se do assassinato do pai, que não deveria ser repetido:

“O que até então fora interdito por sua existência real foi doravante proibido pelos próprios filhos, de acordo com o procedimento psicológico que nos é tão familiar nas psicanálises, sob o nome de “obediência adiada”. Anularam o próprio ato proibindo a morte do totem, o substituto do pai; e renunciaram aos seus frutos abrindo mão da reivindicação às mulheres que agora tinham sido libertadas. Criaram assim, do sentimento de culpa filial, os dois tabus fundamentais do totemismo, que por esta própria razão, corresponderam inevitavelmente aos dois desejos reprimidos do complexo de Édipo.” (FREUD, 1913-1914, p.172).

Agieren, termo de origem latina que não é corrente na língua alemã, segundo Laplanche e Pontalis (1967), é utilizado por Freud no sentido transitivo. É quase sempre associado a *erinnern* (recordar-se), pois os dois termos se opõem no que se refere a fazer retornar o passado ao presente. Essa questão interessou a Freud, devido à repetição na transferência. Em 1912, ele publicou o artigo “A dinâmica da transferência” que retrata, de certo modo, o ato em que o analisando dentro ou fora da análise prática, pela impossibilidade de falar, mas o faz por amor ao sujeito suposto saber. O ato tem origem

no inconsciente e concretiza-se pela própria transferência como resistência, conforme Freud elucida em seu texto citado acima:

“A resistência acompanha o tratamento passo a passo, cada ação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento, e as que lhe opõem, já descritas por mim”. (FREUD, 1912, p. 138)

De acordo com Alberti (1999), é possível então situar o *Agieren* freudiano onde Lacan coloca o *acting-out*.

Freud produziu um único texto a respeito do suicídio, intitulado “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio”, publicado em Cinco lições de Psicanálise (FREUD, 1910 [1909] /1976). O autor já considerava a influência da realidade sobre o sujeito e também sobre seu ato. Quando comenta o suicídio dos jovens estudantes, aponta o papel da escola na vida dos jovens, no sentido de conseguir mais do que não impelir seus alunos ao suicídio. Ela deve oferecer-lhes sustentação, numa época de desamparo onde eles são chamados a afrouxar os vínculos com os pais e fortalecê-los em outros espaços, como na escola. Nessa produção Freud não aborda, em específico, o ato suicida.

Além de outros pontos importantes, Freud formalizou a pulsão, de forma detalhada, nos efeitos da perda de um objeto amoroso, na economia psíquica, e a consequente possibilidade do suicídio que aparecerá em “Luto e Melancolia” (FREUD, 1917/1987). Nesse trabalho, Freud considera a melancolia como um estado relacionado a uma perda objetual inconsciente. Nesse estado, o sujeito não consegue localizar o que de si foi perdido naquilo que perdeu. O ato sobre si é composto pela ambivalência entre o amor e o ódio, acrescida da identificação a esse objeto perdido, uma regressão da libido para si e, ao mesmo tempo, uma busca por vingança. Nesse caso, o suicídio pode ser considerado como um homicídio, tendo em vista que o sujeito tenta matar um outro dentro de si. Já no luto, como aponta Freud, acontece uma reação à perda de um ente querido, ou de algo ou de algo em que o sujeito depositou significativo investimento libidinal.

Em 1920, Freud escreve sobre a “Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher” (FREUD, 1920/1976), onde uma jovem tenta se matar, após ser vista pelo pai na companhia de uma dama, pessoa com quem mantinha forte ligação amorosa. O pai lhe dirige um olhar irado e, a partir daí, a jovem sai correndo em direção a um

muro, atirando-se para o lado de um lote que dava para a linha ferroviária. O olhar irado do pai impele a jovem ao ato, que não se situa no registro simbólico, mas sim no real, onde o sujeito é arremessado sem um endereçamento simbólico, de acordo com Alberti (1999), caracterizando, assim, a passagem ao ato. Podemos então pensar que frente ao mal estar, incluindo o que advém das relações humanas, o sujeito pode atuar.

Freud (1929/1976), em seu texto “O Mal-Estar na Civilização” diz que a vida, tal como a encontramos, é árdua demais, nos colocando frente a muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. Para suportá-la, o ser humano se utiliza de subterfúgios desenvolvidos para escapar das vias de sofrimento e, assim, dar conta deste desencontro entre o que é dito felicidade e o que de fato se pode obter, passando pelo crivo das normas sociais. O teórico localiza, então, três fontes de mal-estar pelas quais o sujeito passa ao longo de sua vida: o domínio do próprio corpo, do mundo externo, e as relações sociais. Por isso, as pessoas utilizam medidas paliativas, tais como o isolamento do mundo, a sublimação e as intoxicações por substâncias.

2.2 Passagem ao ato e *acting-out*

Lacan (1967-1968) propõe a diferença entre ato e ação. Ele compara a ação ao pensamento, argumentando que este representa algo que se motiva, ou seja, que se justifica por sua relação com a ação. Para ele, o ato não é simplesmente uma descarga motora. Retoma Freud, em “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901), para utilizar as noções de ato falho e ato sintomático como referenciais de ato. E constrói, a partir daí, a dimensão significante constitutiva de todo ato.

Na citada obra, Freud teorizou a respeito dos atos que ultrapassam o conjunto de erros da palavra, de onde se deduz que o ato falho é considerado, em outro plano um ato executado com êxito, pois o desejo inconsciente é realizado de uma forma manifesta. Utiliza, no capítulo VIII da obra em questão, o termo “atos descuidados” para designar “todos os casos em que um resultado equivocado - ou seja, um desvio do que havia sido intencionado – parece ser o elemento essencial.” (FREUD, 1901, p. 201) E ao descrever alguns casos nesse capítulo, cita uma passagem de sua vida:

“Um dos meus meninos, cujo temperamento animado dificultava cuidar dele quando estava doente, um dia teve um acesso de raiva porque o mandamos passar a manhã acamado, e ele ameaçou se matar, possibilidade com que se familiarizara através dos jornais. À noite, ele me mostrou um machucado do lado do peito proveniente de um esbarrão no trinco da porta. Diante da minha pergunta irônica – por que ele havia feito isto e o que ele pretendia com isto –, a criança de onze anos respondeu repentinamente esclarecida: “Isto foi minha tentativa de suicídio que ameacei fazer hoje de manhã”. (FREUD, 1901/1976, p.222).

Freud, ainda, teoriza a respeito da ocorrência de autoferimentos semi-intencionais, localizando-os além do suicídio intencional consciente no qual há, implicitamente, uma autodestruição semi-intencional (autodestruição com uma intenção inconsciente). O teórico reconhece que esse tipo de destruição não é rara, uma vez que a tendência à autodestruição está presente em muito mais pessoas do que naquelas que se suicidam efetivamente. Tais autoferimentos são, para ele, uma conciliação entre a pulsão e as forças que se opõem a ela.

Lacan, em seu Seminário XV, “O ato psicanalítico” (1967-1968) comenta que o estatuto do ato na experiência analítica é o ato falho e não o ato bem sucedido, como o suicídio. Ele faz do ato suicida o modelo de ato não falho. Para ele, “o suicídio é o único ato capaz de ter êxito sem qualquer falha. Se ninguém sabe nada disso, é por partir da prevenção de nada saber” (LACAN, 1974/ 2003, p.541). O autor define o ato falho como algo inconsciente, que emerge no pensamento, na palavra, no corpo e desencadeia o ato, mas queria dizer outra coisa. Ao contrário, no ato bem sucedido, o sujeito não retorna deste ato, tornando-o não falho. Nesse sentido, Lacan (1967-1968) estabelece a antinomia entre pensamento e ato e a antinomia entre inconsciente e ato. A dimensão constitutiva de todo o ato é ressaltada, no seminário em questão, como a dimensão significativa, ainda que se trate das ações acidentais ou sintomáticas (Lacan, 1967/1968). E, no mesmo seminário, Lacan se refere às teorizações de Freud em “Psicopatologia da vida cotidiana”:

“Até Freud e sua interrogação da psicopatologia da vida cotidiana, isso que nós chamamos atualmente, o que é corriqueiro, o que está ao alcance de nossos modestos entendimentos sob o nome de ato sintomático, de ato falho, quem pensou e, inclusive quem pensa até agora, em lhes dar o sentido pleno da palavra ato? Apesar de tudo, apesar de que Freud diz que a idéia de falha é apenas um abrigo atrás do qual se dissimulam os atos propriamente ditos, isso de nada adianta, continua-se a pensá-los em função da falha, sem dar um sentido mais pleno ao termo “ato”. (LACAN, 1967/1968, p.47).

Miller (1988), em “Jacques Lacan: Observaciones sobre su concepto de pasaje al acto”, tratará especialmente do ato suicida e o trata como um ato limite, porque nele irrompe algo do inconsciente, pois não permite um *a posteriori*, uma vez que o sujeito não retorna deste ato, tornando-o não falho, como foi referido anteriormente. Para Miller, a passagem ao ato revela a estrutura fundamental do ato, e este precisa encontrar uma passagem para se realizar. Especialmente em relação à passagem ao ato, fica evidente que o sujeito do pensamento, ou seja, o sujeito do inconsciente não quer o seu próprio bem, tanto que Lacan considerou o ato suicida o seu modelo de ato. Miller (1988) pensa o ato não a partir da administração otimizada dos recursos, mas, a partir do ato suicida e o situa como o paradigma do ato. Não lhe interessava a motivação do ato suicida, mas identificou que, no sujeito, havia algo que era susceptível de não trabalhar em favor de seu próprio bem, de não trabalhar para sua utilidade. Miller (1988) considera que todo ato legítimo não seja simplesmente uma descarga motora: ele traz consigo uma transgressão, um atravessamento, um franqueamento. O ato consiste, então, numa forma do sujeito se reorganizar frente ao código simbólico, se havendo com o próprio ato. Por essa razão, é necessário que o sujeito fale sobre o ocorrido, encontrando a possibilidade de se inserir novamente na cadeia significante.

O ato, portanto, tem a ver com a linguagem: é, antes de mais nada, uma liberação do código simbólico tal como indicava o conceito freudiano de pulsão de morte. Na pulsão de morte, a pulsão se infiltra na fala fazendo-a calar indicando, claramente, que existe uma defesa para tratarmos dessa questão. Camus (1989) escreveu: “A grande coragem é ainda conservar os olhos abertos tanto para a luz quanto para a morte”. E também Lacan, ao final de seu seminário sobre as psicoses escreveu:

“Contudo, gostaria de fazer vocês observarem, antes de deixá-los este ano, que para serem médicos vocês podem ser inocentes, mas que, para serem psicanalistas, conviria, no entanto que vocês meditassem de vez em quando num tema como este, se bem que nem o sol e nem a morte podem ser olhados de frente” (LACAN, 1998, p.361).

Lacan também observou que todo ato verdadeiro é um suicídio do sujeito, uma vez que o sujeito renasce desse ato. Trata-se, nesse caso, de um ato no sentido estrito de que o sujeito não é mais o mesmo de antes. Nesse ato, o sujeito se afirma, sai da esfera da indeterminação, sai de cena e do campo do Outro. Um ato verdadeiro sempre comporta uma transgressão e, segundo Miller (1988), todo ato é delinquente: não há ato verdadeiro que não comporte um franqueamento de um código, de uma lei, um conjunto

simbólico. Contudo, o ato também traz consigo a possibilidade de reformular essa codificação. Lacan (1993, p.46) denomina ato também “aquele que aponta ao coração do ser: o gozo”. Em seu Seminário 11, “os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, Lacan (1964, p.52) ensina “que um ato, um verdadeiro ato, tem sempre uma parte de estrutura, por dizer respeito a um real que não é evidente.”

Ansermet (2003) entende o suicídio como uma tentativa desesperada e extrema de instauração subjetiva. Essa resposta no real expõe algo que, via de regra, o próprio sujeito não compreende, no momento em que o faz. É no ato suicida que o sujeito encena o seu próprio desaparecimento. O autor entende o suicídio como um acidente específico das relações do sujeito com a ordem simbólica.

Segundo Miller (1988), a concepção lacaniana de ato deriva da tradição psiquiátrica da passagem ao ato. Isso pode ser observado na tese de doutorado de Lacan (1932), onde é trabalhado um caso de paranoia conhecido como o “caso Aimée”. Nesse caso, Lacan depara-se com o importante fato de que a passagem ao ato pode apaziguar e é a partir dela que faz a distinção entre paranoia de punição e o delírio de reivindicação. O ato em questão, no caso Aimeé, relaciona-se a uma tentativa de homicídio, direcionada a uma atriz de teatro, a quem Lacan chama de Madame Z. Ao agredi-la, conforme nos indica Alvarenga (2006), Aimée atinge a si mesma, pois seu alvo foi o seu ideal exteriorizado, uma vez que o objeto agredido tinha o valor de um símbolo, por se tratar de uma representação dela mesma. Esse fato adquire uma conotação de autopunição, ocorrendo uma consequente pacificação. Com seu ato, Aimée atravessa o espelho, na tentativa de estabelecer uma diferença simbólica no real e, como conclui Alvarenga (2006), a subjetivação desse ato, através da prisão de Aimée, traz como consequência a redução imediata do delírio e alivia sua tendência autopunitiva.

Foi, no entanto, no Seminário “A angústia” (1901/1981) que Lacan desenvolveu mais detidamente suas ideias sobre a passagem ao ato e *acting-out*, onde se pode notar a dimensão de resposta ao real que tais atos comportam, a partir do caso da jovem homossexual, escrito por Freud (1920). Nesse Seminário, Lacan situa essas duas modalidades de ato como resultantes de um posicionamento do sujeito frente ao Outro e ao objeto pequeno *a*. Trata-se de uma relação que media todas as relações do ser humano, pois, em todos os níveis, encontraremos a ligação com o objeto *a*, uma vez que ele assume justamente a função de resto.

Neste seminário (1962/1963), Lacan comenta o caso da jovem homossexual, trabalhado por Freud, (1920/1976). Esse caso ilustra bem as duas modalidades de ato: a

tentativa de suicídio da jovem é uma passagem ao ato e toda a aventura com a dama de reputação duvidosa é designada, por Lacan (1901/1981), como um *acting-out*. A jovem, decepcionada com o nascimento de seu irmão, passa a cortejar uma dama da sociedade vienense que possuía reputação duvidosa. A partir de então, a jovem passa a se mostrar aos olhares da sociedade, sobretudo ao olhar de seu pai, junto a esta dama. A jovem aparece como o cavalheiro viril que sofre por sua dama e, quanto mais esta é alvo de depreciação, maior a valorização amorosa que a jovem homossexual lhe atribui. Certo dia, ao passear pelas ruas com a dama, deparou-se com o olhar irado do pai e correu em direção a um muro, deixando-se cair na linha ferroviária. O olhar do pai a impele ao ato, que não se situa no registro simbólico, mas no real. Lacan diz que a passagem ao ato tem relação com o “deixar-se cair” (*niederkommen*). Este “deixar-se cair”, segundo Lacan, é o correlato essencial de toda a passagem ao ato e indica que quando o sujeito se confronta radicalmente com o que é como objeto para o Outro, reage de modo impulsivo, com uma angústia incontrolável, identificando-se com o objeto *a*, e se deixa cair. A passagem ao ato localiza-se sempre do lado do sujeito, destacando-se o “deixar-se cair”, uma evasão fora da cena de sua fantasia. Não podendo suportar a cena, o sujeito ejeta-se e se oferece ao Outro. Isso ocorre no momento de um confronto súbito entre o sujeito e o objeto desvelado. Segundo Lacan, a jovem, tendo fracassado na realização de seu desejo – ter um filho de seu pai, o equivalente do falo –, tentará realizá-lo de outro modo, mas com a mesma finalidade. Isso ocorre quando a jovem torna-se uma amante, atribui-se o falo e insistindo em mostrar que o possui de forma a se comportar como um homem na relação, que pode sacrificar o falo que possui. (LACAN, 1962-1963).

A emergência da angústia e a relação do sujeito com o objeto *a*, através de sua identificação absoluta com o pequeno *a*, faz com que a jovem se precipite, jogando-se de uma ponte sobre a linha do trem. Lacan reconhece essa tentativa de suicídio como uma passagem ao ato. O termo “largar de mão”, utilizado por ele, retrata exatamente a característica primordial da passagem ao ato, que é a saída pelo nada saber, o rechaço absoluto do inconsciente, na vertente da alienação, em direção ao “não penso”. A passagem ao ato é tomada como uma ruptura grave da estrutura da transferência devendo, pois, ser evitada no contexto de uma análise.

Para Lacan, a passagem ao ato é o momento de um ato cru: “Momento de embaraço maior para o sujeito com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento” (LACAN, 1962-1963, p.129). Faltam ao sujeito pontos de

apoio em nível de sua estrutura simbólica, da sua estrutura de vida, no contexto de sua história; falta-lhe esse elemento significante e, por isso, ele se precipita e despenca da cena, acontecendo, no real, a precipitação do inconsciente. É um ato onde o sujeito não consegue situar nenhum ponto de apoio. Nesse caso, o ato está totalmente isolado e, como nos lembra Santiago (1992), “encestado” em sua história de vida. É um quisto, não tem ligações, não tem laços e o sujeito diz que não sabe o que aconteceu, não tem elementos para situar o que aconteceu naquele instante. Na clínica com pacientes suicidas, é comum encontrar, nos casos de passagens ao ato, sujeitos pouco dispostos a falar e, quando falam sobre o ocorrido, não estabelecem nenhum tipo de conexão com sua própria história.

No clássico caso freudiano, conhecido como “caso Dora” (1905), a paciente passa ao ato quando ouve a frase pronunciada pelo sr.K: “Minha mulher não é nada para mim” dando-lhe em seguida uma bofetada não querendo se haver com a angústia que emergiu. O sujeito procura sua “assunção subjetiva”, como nos coloca Ansermet (2003). A tentativa de suicídio da jovem homossexual (1920), bem como a bofetada proferida por Dora no Sr. K, são exemplos vivos de atos que furam a ordem simbólica, contando com uma inscrição simbólica anterior, prévia, como afirma Alberti (1999). É neste contexto que o sujeito passa da cena para o mundo. Assim, a ação, na passagem ao ato, está totalmente isolada na história de vida do sujeito. Nesse caso, não há expectadores na cena, a passagem ao ato se basta, o sujeito não quer saber de mais nada de nada. É nesse sentido que formula o suicídio como o único ato bem sucedido.

No caso da passagem ao ato, Lacan (1962-1963) formula a distinção essencial entre dois registros: o mundo e a cena. O mundo é o lugar onde o real se comprime, e a cena, o lugar onde o homem, como sujeito, tem que se constituir. Nesse contexto, dá-se o aparecimento da angústia e, como diz Vieira (2001, p.163), “tudo começa com a angústia”. Ela nasce da relação com o Outro, que necessariamente se encarna no semelhante, no que ele tem de estranho, apontando o caos para o sujeito, e o limite que ela desenha jamais pode ser franqueado.

Há, portanto, uma tendência de se acreditar que a passagem ao ato apresenta-se mais frequentemente nas psicoses e isso ocorre devido ao fato de nela faltar justamente o contorno do gozo, aquilo que a fantasia possibilita para o neurótico. A falta deixa o sujeito à mercê de um gozo que, muitas vezes, o predispõe ao ato. A respeito destas passagens ao ato no campo da psicose, Carvalho (2002) propõe algumas distinções orientadoras:

1- A passagem ao ato constitui-se por atos impulsivos que, aparentemente, não apresentam motivos, mas a falta de mediação simbólica dá lugar ao ato. Um exemplo seria o *Kakon*⁶, ou impulso a golpear o outro ou o próprio corpo, em suas tentativas de barrar o gozo do Outro, extraindo o mal que atormenta o sujeito e que é projetado no Outro, de forma a tratar o real pelo real. Nesses casos, o sujeito experimenta efeitos de esvaziamento e apaziguamento da angústia após o ato.

2- A passagem ao ato também se constitui por atos derradeiros, conclusivos, que pressupõem uma sequência de pensamentos com aspecto lógico-dedutivo que encaminham o sujeito ao ato, como os crimes na paranóia. A exemplo deste ato temos o caso Aimée já referido e que também experimenta uma pacificação subjetiva após seu ato.

3- Há também atos de mutilação ou atos que incidem sobre o próprio corpo. Aqui há um diferencial em relação ao *Kakon*, pois as agressões ao corpo se distinguem por seu aspecto repetitivo e sintomático. Como exemplo, pode-se citar casos de pacientes que engolem objetos como caco de vidro ou também aqueles que simulam quadros denominados pela medicina como “abdome agudo”, para se submeterem a várias intervenções cirúrgicas. Quando escuta estes casos é possível perceber a baixa ou nenhuma implicação ou sofrimento em torno do ocorrido. Carvalho (2002) coloca que estes sujeitos operam uma espécie de transferência do mal-estar para o Outro e, conseqüentemente, produzem neste Outro um sentimento de impotência, que aparece no lugar do impossível de suportar retratando a relação do sujeito com o real.

4- Já os atos mostrativos, no sentido do *acting-out*, distinguem-se das passagens ao ato pelo fato de se mostrarem estruturalmente levados a provocar um efeito sobre o Outro, terapeuta ou instituição, não tendo encontrado recursos simbólicos para se expressar. Pode-se exemplificar tais atos através dos casos de pacientes psicóticos que ingerem a própria medicação em doses excessivas a fim de conseguir algo, como por exemplo, uma internação psiquiátrica.

5- Os atos agressivos, por sua vez, aparecem muitas vezes justificados pela raiva e pelo ódio, derivados da posição de rivalidade em que o sujeito se encontra, em relação ao outro, o semelhante. Operam favorecendo a descarga da pulsão, bem distinta da tentativa de extração do mal, relacionado ao *Kakon*.

⁶ Miller, em 1988, propõe o *Kakon* como um dos nomes do objeto como êtímo, significando que o ser golpeado no exterior é o mais íntimo do sujeito. Tendlarz (1995) coloca que Lacan teria se utilizado do termo para nomear o que se encontrava fora de sua teorização e que constituiria um conceito crucial para tratar o ser do sujeito, ou seja, o gozo.

Na psicose, então, a passagem ao ato representaria uma tentativa de cura, na qual está em jogo a possibilidade de extração do objeto *a*, ou do gozo, do campo do Outro, para se chegar a uma extrema e desesperada desconexão com o Outro. Por outro lado, na neurose, a passagem ao ato consiste basicamente numa precipitação do sujeito a partir do encontro desestabilizador para fora da cena fantasística.

A atuação ou *agieren* freudiano, ao qual nos referimos anteriormente, foi o termo que se convencionou chamar de “*acting-out*”, a partir da tradução de Strachey. É uma manifestação pulsional em que o sujeito repete ao invés de recordar “(QUINET, 2003, p.49).

Freud, em “Observações sobre o amor transferencial” (1914) refere-se a esse termo, designando-o como uma repetição, na vida real, do que deveria ser mantido na lembrança. _Trata-se de um conteúdo psíquico que aparece fora da esfera do que se diz, equivalendo trazer à cena o que está fora dela. Daí se origina a denominação “*out*”. De acordo com Quinet (1996), “no *acting-out* o objeto da pulsão é o que o sujeito traz à cena. O objeto *a* no *acting-out* se encontra no primeiro plano - ele é apresentado ao Outro como tesouro de significantes” (QUINET, 1996, p.24).

Ao abordar a técnica, Freud dá uma importante contribuição em “Recordar repetir e elaborar” (1914), relatando que há certos casos em que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalcou, mas o expressa pela atuação (*acting-out*). Ele reproduz o material psíquico recalcado por meio da ação, repetindo sem saber que o repete. Um exemplo a que Freud se refere é o caso do paciente que diz que não se recorda de que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais, mas, em contrapartida, comporta-se dessa maneira em relação ao médico. O paciente repete ao invés de recordar e o faz sob as condições da resistência. Naquele momento, Freud objetiva a pergunta: “O que de fato o paciente atua ou repete?” O paciente “repete tudo o que já avançou a partir das fontes do recalcado para sua personalidade manifesta – suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do seu tratamento” (FREUD, 1914, p.198). O sujeito pensa ou age o inconsciente. Freud utilizou o termo *agieren*, citado anteriormente, para nomear os atos oriundos da evolução do tratamento analítico, marcando a distinção entre repetição em ato e rememoração.

Freud, então, articula a compulsão à repetição com a transferência. O *acting-out* é uma manifestação inconsciente que possui uma semelhança com o processo de transferência, uma vez que, no *acting-out*, “há uma atuação onde o ato está dirigido a

alguém, a um outro”, ou seja, “tem uma cena, tem uma história, tem uma história tal qual uma história de Guimarães Rosa” (SANTIAGO, 1992, p.2). A história tem início, meio e fim, pois o sujeito consegue contá-la, consegue dizê-la e, às vezes, até com muitos detalhes. Enfim, consegue se situar de alguma forma. O que ocorre no *acting-out* é a tentativa de dar à agitação fora de sentido um sentido definido, conduzindo-a a uma ação determinada. Como nos disse Lacan (1901/1981), o *acting-out* é o que essencialmente se mostra na conduta do sujeito, possuindo uma orientação para o Outro. Seria a encenação da transferência sem a análise, pois é algo que se presta à interpretação.

O *acting-out* comporta um endereçamento, uma demanda dirigida ao Outro, necessitando do Outro muitas vezes como espectador da cena e constituindo-se num acesso de loucura como forma de evitação da angústia. Diferentemente da passagem ao ato, em Lacan (1962-1963), que traz um ato não simbolizável, com o qual o sujeito cai numa situação de ruptura, de alienação, identificando-se com o objeto pequeno *a*, objeto, que foi excluído pelo marco simbólico. Um exemplo disso é a fala de uma paciente atendida no Hospital, significando posteriormente seu ato suicida: “O que fiz foi para conseguir objetivos”. O sujeito resta na cena sustentada no caráter escópico e no poder mágico da ação.

No Seminário “As formações do inconsciente” (1957-1958), Lacan acredita que o *acting-out* se produz no caminho da realização da análise do desejo inconsciente. É algo que contém sempre um elemento altamente significante, trazendo consigo um enigma, e se apresenta com um caráter imotivável, ou seja, não se trata, portanto, de um ato premeditado, mas um ato que recebe sua significação somente *a posteriori*. No contexto de uma análise, o *acting-out* se dirige ao analista e quando acontece fora dos limites do tratamento, de acordo com Lacan (1957-1958), o analista não poderá tirar proveito dele. Em análise, está em questão a relação do sujeito com a demanda, porque o *acting-out* um ato sempre significado e que assim como a demanda se endereça ao Outro.

Lacan, no Seminário “A angústia” (1962/1963) discorre a respeito da relação do sintoma com o *acting-out*. Parece que ambos coincidem no ponto que se refere à demonstração de um desejo desconhecido. O *acting-out*, nessa vertente, é um sintoma, uma vez que deve ser interpretado. O autor afirma que “o *acting-out* clama pela interpretação” (LACAN, 1962/1963, p.140).

No que se refere ao sintoma, a interpretação é possível uma vez que a transferência se estabeleça. Diferentemente do *acting-out*, que demanda uma interpretação

endereçando-se ao Outro. O sintoma, segundo Lacan (1962/1963), não é aquilo que se mostra ao Outro. Por natureza, é um gozo encoberto: não precisa de ninguém, ele se basta. De acordo com Quinet (1996), o sintoma acentua, em sua vertente significante, a divisão do sujeito. O objeto da pulsão não é mostrado e só é discernível por meio de inferência, uma vez que se encontra implícito nos significantes da demanda. No *acting-out*, o objeto da pulsão é o que o sujeito traz à cena e este se encontra em primeiro plano, sendo apresentado ao Outro.

Na obra “O Seminário 1: Os escritos técnicos de Freud” (LACAN, 1953/1954) podemos encontrar uma referência ao termo *acting-out*. Lacan compara-o com o sonho de transferência que surge na análise. O sonho fala para o analista e, nos dois casos, sonho e *acting-out*, há uma constatação de que o Outro está presente para o sujeito. Nesse sentido, o *acting-out*, não se constitui sem o Outro, bem ao contrário do que observamos na passagem ao ato. Lacan exemplifica essa questão:

“Qualificamos de *acting-out*, o que quer que seja que se passe no tratamento. E não sem razão. Se tantos sujeitos se precipitam durante sua análise para realizar uma massa de ações eróticas, como se casar, por exemplo, é evidentemente por *acting-out*. Se agem é com o endereço do seu analista”. (LACAN, 1954, p.279).

Quando nos referimos à transferência é preciso, então, desvendar, no ato, o sentido de palavra, uma vez que o ato é uma palavra não pronunciada, porém atuada. O *acting-out* é o começo da transferência e, nesse sentido, Lacan (1962-1963) nos ensina que não é preciso análise para que haja transferência. Pois esta sem análise é o próprio *acting-out*, e o *acting-out* sem análise é a transferência.

Segundo Menard (1988), foi em 1967 que Lacan forneceu os elementos para situar, na estrutura, a oposição entre passagem ao ato e *acting-out* e sua relação com o ato analítico. Situa a passagem ao ato do lado do “eu não penso” e o *acting-out* do lado do “eu não sou”. Acrescenta que, no âmbito das formações do inconsciente, trata-se do campo do outro, na medida em que ele se desdobra em grande Outro da verdade e em grande Outro do saber. A passagem ao ato atinge a consequência última da relação de dependência do sujeito para com o Outro (alienação). O *acting-out* é portador de uma mensagem que demanda uma interpretação, testemunhando uma relação com o Outro da verdade, no entanto, exclui o Outro do saber. Menard (1988) nos indica que, em relação ao mecanismo de escolha forçada e a dialética da alienação-separação,

“O binário passagem ao ato e *acting-out* traduz dois modos particulares de relação do sujeito com o objeto; duas tentativas no agir da travessia selvagem da fantasia, de curto-circuito do que poderia ser uma autêntica travessia dessa fantasia que só é concebível num ato cujo traçado nos é dado pelo ato analítico”.(MENARD, 1988, p.93).

Enquanto a passagem ao ato disponibiliza o gozo para o sujeito e lhe permite atingir uma certeza, o *acting-out* o encaminha-o a uma verdade sem saber. A jovem homossexual, quando se deixa cair, sai da cena e não quer saber de seu ato, pois, segundo Lacan, esta é uma característica da passagem ao ato, uma questão que vai além da determinação suicida para a morte.

Em síntese, o esquema abaixo elucida bem a contraposição entre passagem ao ato e *acting-out* (MILLER, 2005, p.75):

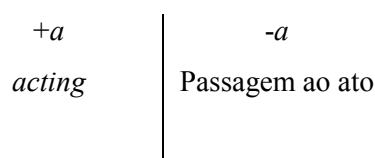


Figura 1: Passagem ao ato e *acting-out*

De um lado, há o *acting-out*, que designa o surgimento do objeto *a* na cena com seus efeitos de perturbação e de desordem. De outro, a passagem ao ato, e que o sujeito encontra-se sob a barra, fora da cena, com o objeto *a*. Nesse caso, há uma saída de cena que não deixa mais lugar à interpretação; não deixa mais lugar ao jogo significativo. Por essa razão, Miller (2005) propõe a separação entre ato e inconsciente, pois a passagem ao ato comporta este “não querer saber mais nada de nada”. Há uma subtração do sujeito da cena para a certeza encontrada em uma identificação absoluta com o objeto *a*. Diferentemente do *acting-out*, que é uma subida à cena, comportando um apelo ao Outro. O pequeno *a* sobe à cena e o sujeito o mostra.

2.3 A angústia e suas conexões com o ato

A abordagem do tema “angústia” faz-se necessária, nesse contexto, pois, na clínica com pacientes suicidas, constata-se a incidência da angústia, referida por eles no momento anterior ao ato. O tema será abordado pontualmente devido à vastidão e

complexidade que comporta. O ato, em sua dimensão de passagem ao ato e *acting-out*, tem suas origens nos terrenos da angústia.

De acordo com Soler (2004), quando pensamos a angústia em termos de sua historicidade, podemos constatar, tanto na teoria de Freud como de Lacan, que a elaboração da teoria da angústia progride junto com a doutrina psicanalítica.

A angústia constitui o sentimento que avisa o sujeito de que há perigo e, nesse sentido, o perigo interno se refere a uma estrutura a ser conservada, algo da ordem de uma defesa (LACAN, 1962-1963). Ela traz, como Freud alertou, a característica de sinal e sinal do real em sua irreducibilidade. A angústia é a representante do caos inicial, uma vez que ela reproduz essa condição e advém do real, acometendo o corpo. Dessa forma, a angústia se mantém ligada ao perigo, configurando-se no perigo do desaparecimento do próprio sujeito.

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), a angústia foi concebida como produto da transformação da libido, sendo considerado resultado do recalque, e o surgimento do sintoma se refere a uma forma de proteção do eu em relação à representação do trauma (VIEIRA, 2001). Foi proposta uma distinção entre os gêneros da angústia, que não acontece mais de acordo com a descarga, mas sim em relação ao perigo. Esse momento é marcado por uma alteração significativa, pois se instaura a idéia de perigo endógeno. Este será abordável pela psicanálise, uma vez circunscrito pelo significante. Freud acrescenta que a excitação endógena requer “ação específica”. É o que também nos coloca Alberti (1999).

“Quando o perigo vem do outro externo, o organismo utiliza a própria energia dessas estimulações para delas fugir, segundo as leis do princípio do prazer: a tendência a serviço da conservação da energia em um mínimo ideal”. (ALBERTI, 1999, p.53).

Entendemos, portanto, que a condição para haver ação específica (*Aktion*) são as mudanças no mundo externo.

Foi com a análise de Hans (1909), uma criança de cinco anos analisada por Freud, que o autor passou a construir as novas concepções a respeito da angústia. Hans sofria de uma angústia fóbica e temia sair de casa por medo de que um cavalo puxando uma carroça lhe morderesse. Além disso, tinha medo de o cavalo cair e lhe causar algum dano. Como nos coloca Vieira (2001), a posição fóbica seria considerada a posição de Hans frente ao sexo e também frente à própria família. Em seguida, Hans substitui o

objeto fóbico (cavalo) pelo pai, isolando-o da realidade exterior, situando-o no nível de um perigo endógeno, como explicado anteriormente. Por meio da análise, a criança passou a se deparar com a angústia de castração. Foi em “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926) que Freud chegou a tais conclusões, a partir da pergunta sobre o que aterrorizava tanto Hans e o que fez operar o recalque. Então, chegou à conclusão de que o amor pela mãe não poderia ser responsável pelo recalque. Vieira (2001) diz que o amor pela mãe não poderia ser responsável pelo recalque porque ele é genuinamente aceitável. O que lhe impõe uma proibição é o pai, a cultura, através de uma proibição que atribui a esse amor o caráter de perigo interno e é diante disso que Hans modifica sua posição libidinal. Esse fato opera em favor da utilização da angústia pré-existente, que tornou o amor do filho pela mãe proibido e ameaçador. O caso Hans possibilita que se pense no modo como se estrutura, não só a fobia, mas também, a psicopatologia infantil. Esta se assenta na perturbação simbólica que possibilita a cada criança efetuar os tempos de sua estruturação para ultrapassar a condição real de objeto no que se refere a uma insuficiência simbólica.

Freud, em “O Estranho”(1919), desenvolve a noção de angústia no sentido existencial, e chama de *Unheimliche* a impressão assustadora que se liga às coisas que, ao mesmo tempo que são conhecidas há muito tempo, parecem estranhas ao sujeito. Essa impresssão aparece na vida cotidiana quando alguns complexos infantis são, de repente, despertados.

Freud procedeu, em 1927, a uma atualização de sua doutrina no texto “Inibição, sintoma e angústia” Essa atualização consistiu na inversão da tese que o autor anteriormente havia desenvolvido. Soler (2004) indica que, num primeiro tempo, Freud pensava que o afeto denominado “angústia” era um efeito resultante da privação pulsional que o recalque implica. Posteriormente, em seu último esquema, Freud afirma que a angústia não é um efeito, mas a causa do recalque. Certamente, situar a angústia como causa não ocorreu sem consequências, sobretudo a respeito da concepção de Freud sobre a neurose. Entender que a angústia está na origem do recalque, na origem da defesa contra a pulsão, leva-o a considerar que toda neurose é traumática. Essa questão nos remete à hipótese freudiana inicial: em sua correspondência com Fliess (1950 [1882-19899]) , Freud localiza na origem da neurose o traumatismo da sedução. Posteriormente, ele renuncia a essa possibilidade e reconhece que a fantasia estava operando em todo o processo.

Soler (2004) sugere que entre esses dois termos, angústia e recalque, deve-se introduzir outro que é a privação pulsional. Tanto para Freud, como para os psicanalistas, o recalque é solidário com a defesa contra uma pulsão: isso resultaria numa privação pulsional. No segundo esquema, é a angústia que está na origem do recalque. Para a citada autora, a primeira teoria da angústia teria uma vantagem aos olhos de Freud, uma vez que localizar no recalque a fonte da angústia lhe permitiu homogeneizar teoricamente o que ele chamava “psiconeurose de defesa” e “neuroses atuais”. Ambas estão relacionadas aos problemas psíquicos que surgiram de uma conjuntura atual, e, como consequência, colocam uma privação pulsional para o sujeito. A ideia de que a angústia surgiu da privação pulsional permitiu a Freud explicar a psiconeurose de defesa e as neuroses atuais.

A última tese foi introduzida por Freud, de acordo com Soler (2004), pelo fato de que, entre o começo de sua teoria das neuroses até seu progresso em 1927, ele havia incorporado, em sua teoria, a pulsão de morte, o mais além do princípio do prazer e, em termos mais clínicos, havia descoberto a repetição operada pelo inconsciente.

De todo modo, situar a angústia como a causa primeira não foi sem consequências sobre sua concepção em relação à neurose. Em 1927, quando Freud situa que a angústia está na origem do recalque, na origem da defesa contra a pulsão, ele é levado a considerar que toda neurose é traumática. Nessa ocasião, Freud dialogou com a tese que havia proposto no início de suas formulações teóricas, pois, no começo de seu diálogo com Fliess, Freud construiu um modelo de neurótica que conduziu à formulação de que na origem da neurose estava o traumatismo da sedução. Posteriormente, Freud renuncia a essa tese e chega à conclusão que se tratava do fantasma operando.

Em 1927, Freud retoma sua tese inicial e postula que: “na origem de toda neurose há um acontecimento traumático” É certo que não podemos dizer, por isso, que Freud volta a defender sua primeira tese, pois houve uma redefinição de traumatismo que se difere da primeira elaboração.

Lacan, leitor primoroso da obra de Freud, refere-se à angústia em vários contextos de seu ensino. Em seu Seminário “A angústia” (1962-1963, p. 101), ele diz que “a angústia não é sem objeto”. Nesse momento, refere-se à angústia ancorada no objeto, o que a faz um afeto de exceção. Todos os afetos deslizam ao longo da cadeia do discurso, da palavra, mas, se o afeto “angústia” não o faz, “a angústia não engana” (LACAN, 1962-1963, p.88). Estruturalmente, segundo Lacan, a angústia está situada

entre o gozo e o desejo, abrindo um caminho para a direção da cura. O analista trabalhará na direção da angústia e, conseqüentemente, do objeto. A angústia, no que se refere ao objeto, não tem nada a ver com o acidental, pois ela se localiza na direção do objeto. Assim como nos disse Lacan (1962-1963, p.60): “existe alguma coisa da ordem do *a*, que aparece no lugar acima da imagem *i'(a)*” quer dizer, fazer-se à imagem e desejo do Outro é constituir um eu à imagem do objeto desse desejo. É o lugar do aparecimento da angústia.

Uma outra proposição de Lacan (1962-1963, p.131) que é muito relevante: “a angústia é um sinal do eu”, um fenômeno de borda que se produz quando o sujeito está ameaçado por alguma coisa que não deveria aparecer, o *a*, o resto abominado pelo Outro. O caso da jovem homossexual se aplica nesse caso, pois, foi justamente esse resto que não deveria aparecer, desvelado por seu pai, que fez surgir a angústia e, em seguida, a passagem ao ato, conforme orienta Lacan (196-1963). Freud já havia dito que, na experiência subjetiva, a angústia era um sinal frente à perda de um objeto, que, segundo Lacan, é sofrida em bloco: a saída do útero, a perda eventual da mãe enquanto objeto, a perda do pênis, do amor do objeto e do amor do supereu. (LACAN, 1962-1963). A partir da leitura de Lacan, nota-se que a angústia não é sinal de uma falta. Contudo, aparece quando a falta falta, ou seja, quando a falta se preenche; quando o sujeito encontra seu objeto. Não seria, portanto, as saudades do seio que produziriam a angústia, mas a iminência dele. Para o autor, o que provoca a angústia “é tudo aquilo que nos anuncia, que nos permite entrever que voltaremos ao colo” (LACAN, 1962-1963, p.64). Dessa forma, Lacan se contrapõe claramente à concepção ligada ao ritmo presença-ausência da mãe enquanto fonte de angústia e prova disso é a observação de crianças atuando de forma lúdica o jogo da presença-ausência materna. O que há de mais angustiante para a criança é não encontrar, na relação com o Outro, a possibilidade de falta pois a mãe, por exemplo, está a todo tempo junto da criança a cuidar do tamponamento incessante da demanda. (LACAN, 1962-1963).

A conjuntura da angústia está relacionada a situações em que as significações do Outro que recobrem o desejo se rompem, havendo uma ruptura de significação e, também, da cadeia significante. Como disse Soler (2004), a angústia equivale a uma destituição subjetiva, no entanto, selvagem. Existem situações na vida em que o sujeito se depara com situações que, em geral, dividem sua vida em um antes e um depois. Por exemplo: a revelação de um câncer com metástase, a amputação de um membro de seu corpo, um terremoto, a perda de um ente muito querido ou qualquer situação que

coloque em risco a integridade do sujeito. Nesses casos, é comum a emergência da angústia ocorra no ponto de encontro com o real, como a explosão de uma bomba, diferentemente do que ocorre no contexto de uma análise, em que a angústia pode ser manejada pelo analista e utilizada a favor do processo. Essa experiência abrupta joga o sujeito no sem sentido, repercutindo na imagem que o próprio sujeito faz de si, atingindo-o na concepção que possui de si mesmo. Tal imagem é estruturada através do Outro, pois, como nos diz Lacan (1962-1963, p.58), "O homem encontra sua casa num ponto situado no Outro, para além da imagem de que somos feitos."

"A angústia não é sem o Outro" é uma outra proposição de Lacan e Vieira (2001) nos diz que ela se refere ao fato de que a angústia nasce da relação com o Outro, uma vez que há o encontro com o desejo, e este aparece como um aspecto do real. Um sujeito é sempre determinado pelo significante do Outro, no entanto, o Outro que o determina não consegue dizer tudo: há uma inconsistência do significante para dizer e, no momento em que isso ocorre, o real advém, suscitando angústia no sujeito. Um exemplo importante seria o relato angustiado de uma mãe ao tomar conhecimento do ato de ingestão intencional de medicamentos pela criança: "Eu pensava que conhecia minha filha, depois dessa, não sei de nada mais!" Logo em seguida, tenta construir a hipótese de que o ato da filha poderia ter algo a ver com ela, o que constitui uma tentativa angustiada e ao mesmo tempo onipotente de apreender o real que sempre escapa.

A proposição de Lacan : "uma mudança na ancoragem da angústia" (1967-1968), se refere ao que Freud havia chamado de civilização ou cultura e que atualmente chamamos de discurso. Tomando a angústia como referencial, podemos construir algo que evolui na história das civilizações, a partir do índice da angústia. Na atualidade, a partir da queda da função paterna, observamos que os ideais norteadores do sujeito estão em declínio. Assim, o sujeito, habitado pela falta, tenta aplacá-la de diversas maneiras, mas, conseqüentemente, não consegue se satisfazer e, ao mesmo tempo, torna-se angustiado.

Lacan (1962-1963) diz que, quando a angústia se apresenta, marca um momento de perturbação, comoção e locomoção. O sujeito tem necessidade de agir, de modo a apaziguar a angústia, mesmo que tudo ao seu redor continue no mesmo lugar, havendo uma agitação fora de sentido, como diz Vieira (2001, p.164) Freud, em "Inibição, sintoma e angústia" (1926), identificou esta tendência ao ato, quando fez uma análise dos estados de angústia, reconhecendo nela: um caráter específico de desprazer, atos de

descarga e as percepções desses atos. Reitera que o sujeito encontra alívio nos atos de descarga e localiza o *acting-out* como um movimento de alívio da angústia (LACAN, 1962-1963). Ainda nesse seminário, Lacan afirma que o *acting-out* é da ordem da evitação da angústia. O sujeito, após o *acting-out*, continua sofrendo com seu drama, mas fica aliviado por ter feito um endereçamento. Nesse caso, há um renascimento após o ato, ainda que a partir dele, o sujeito tenha que se haver com suas questões.

No seminário 10, Lacan (1962-1963,p.89) apresenta o quadro esquemático abaixo ilustrado, com o objetivo de situar a inibição, sintoma e angústia, complementados pelo impedimento, embaraço, emoção e efusão, bem como pelo *acting-out* e passagem ao ato. Inicialmente, é indicado o que está em jogo na inibição, que se encontra no início dos eixos do movimento e da dificuldade. Trata-se da paralização do movimento. Em seguida, o autor localiza, no eixo horizontal, a ideia de dificuldade e, no vertical, a ideia de pensamento. Ele utiliza a palavra “impedimento”, colocando-a na mesma coluna do sintoma. Seguindo a coordenada da dificuldade, ele propõe o termo “embaraço”, definido como uma forma leve de angústia, com um máximo de dificuldade atingida, ainda que falte a essa dimensão a precipitação ao ato encontrada no eixo do movimento. O embaraço é definido como uma forma ligeira de angústia na dimensão da dificuldade.

Na dimensão do movimento, logo abaixo da inibição, Lacan situa o termo “emoção”, tomando-o em seu sentido etimológico, ou seja, como o movimento que se descarrega; que se exterioriza. Logo abaixo, observamos o termo “comoção” como queda da potência; uma perturbação profunda na dimensão do movimento.

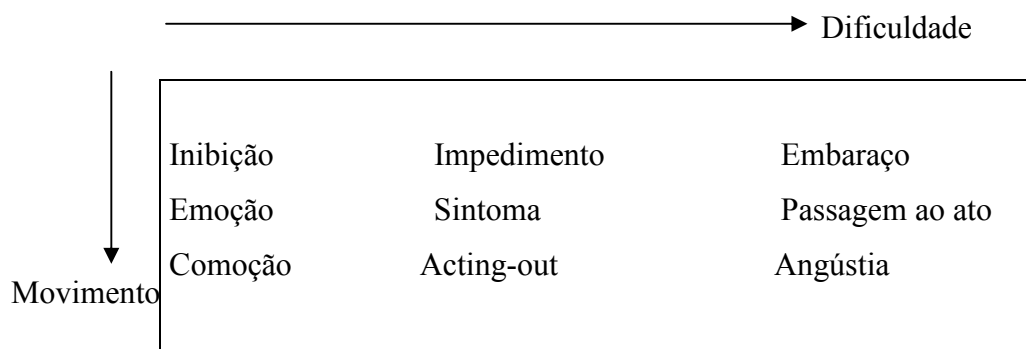


Figura 2: Quadro da angústia

No excesso de movimento, o sujeito está fora de ação pois está embaraçado pela angústia. É importante considerar que o significante é o vestígio do sujeito no mundo e Lacan situa que, na passagem ao ato, o sujeito se encontra embaraçado pelo efeito a mais do significante e, ao mesmo tempo, com o menos significante no que se refere à coordenada da emoção, pois, nesse caso, há uma falta de significação no nível da emoção. Tarrab relaciona a angústia à passagem ao ato da seguinte forma:

“A elevação da angústia encontra também sua resposta na urgência de não pensar, na urgência de passar ao ato que implica em todas as formas de atuar em detrimento do dizer, que vão desde a toxicomania às variadas bulimias, anorexias, e chamamos justamente patologias do ato”. (TARRAB, 2002, p.52)

O Seminário: “A angústia” (1962-1963) não foi a última palavra de Lacan sobre a angústia. No Seminário “RSP” (1974), ele coloca inibição, sintoma e angústia em seu nó borromeano, situando a angústia entre o real e o imaginário. Em contrapartida, no Seminário “A angústia”, Lacan situava a angústia entre o simbólico e o imaginário.

Na passagem ao ato na psicose, o sujeito angustiado tenta acabar com o Outro dentro de si, mas, devido à falta de ancoramento simbólico, o sujeito opera no real. A passagem ao ato constitui, então, um momento de destruição do Outro e de si mesmo onde o sujeito opera o apagamento do Outro, da lei, na concretude de seu ato. Todo ato contém algo de um impulso; de um arrebatamento que não está presente nas determinações do sujeito e se dá num ponto preciso de eclipse do Outro. Não se pode desconsiderar que esse apagamento do Outro, da lei, implica no apagamento do próprio sujeito, eixo central do ato.

2.4 - O ato suicida na infância.

A condição da criança, diante da História, como o pequeno *enfant* (do francês, “aquele que não fala”) parece contribuir para sua isenção perante ao seu ato. Ariès (2006), em seu livro clássico sobre a análise das representações históricas da criança, demonstra como a definição de “infância” se modificou de acordo com parâmetros ideológicos da sociedade. Não havia, na História, até antes do século XVI, a consciência da particularidade infantil em relação ao adulto. A ideia de infância estava ligada à ideia de dependência e o referencial utilizado para se nomear a dependência era o trabalho. A criança seria, então, aquela que não trabalhava ou a que, quando colocada num ofício, o

seu saber de nada valia. Ela não poderia fazer um contrato social válido, pois não era considerada como um ser comprometido com sua palavra, mesmo que ocasionalmente conseguisse atuar. Hoje, a criança é vista de forma diferente e participa ativamente da sociedade, principalmente em questões que se referem ao consumo.

No hospital, temos incidência das intoxicações, que, em sua grande parte, ocorrem devido ao mal-estar que não se apazigua. Vale lembrar que Lippi (1976), em seu artigo intitulado “Ameaça e Tentativa de Suicídio na Infância” que resultou de ampla pesquisa, concluiu que o veneno, seguido da ingestão de comprimidos, foi a forma mais procurada para as crianças darem o seu grito de desespero. Um estudo recente, “Suicídio infantil: uma análise de estudos brasileiros publicados em bases eletrônicas” (COSTA; ADRIÃO, 2005) faz um levantamento dos autores que trabalharam com este tema. Entre eles, são citados: Dutra (2001), Cassorla (1987), Rodrigues, Souza, Barroso (1998), Jorge e Marques (1986), Fensterseifer e Werlang (2003), Friedrich (1989).

Tishler, Reiss e Rhodes (2007) pesquisaram sobre o comportamento suicida em crianças abaixo de 12 anos de idade na Universidade de Ohio (EUA). Os autores informam que o suicídio é uma das causas de morte em criança abaixo de 12 anos e, na pesquisa que realizaram, ele era a quarta causa de morte em crianças de 12 anos de idade. Os pesquisadores também ressaltaram que muitas produções científicas sobre o suicídio na infância são associadas à problemática do suicídio na adolescência, não sendo considerada a especificidade dessa questão na infância, que exige estratégias de abordagem e manejo diferenciados.

Friedrich (1994, p. 473) dedicou-se ao estudo das tentativas de suicídio na infância e aponta que o suicídio em crianças de fato existe. O estudioso alertou sobre a importância da tentativa de suicídio infantil ser escutada, “pois senão tudo continuará na mesma, o que poderá precipitar uma segunda, terceira, quarta e até mesmo um suicídio”. Assim que o sujeito pode falar, emerge a palavra e “um encontro, uma escuta nesse momento preciso pode ser crucial. É de fato uma questão de tempo, antes que tudo se apague em razão da negação.” (ANSERMET, 2003, p.180).

Por mais difícil que possa ser constatar ou imaginar a tentativa de suicídio na infância, ela é um dado da realidade e se reveste de muita importância. Trata-se de um fato que se localiza na ordem de um “fenômeno oculto”, pois, se a questão de tentativa de suicídio dos adultos é marcada pela busca de silenciar os fatos, pode-se inferir que, em casos infantis, essa situação se agrava.

No Serviço de Toxicologia do Hospital João XXIII, em 2006, foram identificados, pela pesquisadora, por meio de entrevistas clínicas, 13 casos de tentativas de autoextermínio em crianças com até 12 anos de idade incompletos. Considera-se que são tentativas de autoextermínio, porque a criança conseguiu verbalizar que atuou com o objetivo de morte, ou seja, houve um ato suicida, conforme aborda Ansermet (2003). Observou-se, no serviço de Toxicologia, que a taxa de suicídio na infância é bem inferior, se comparada com a taxa de suicídio na adolescência, assim como afirmam Fensterseifer e Werlang (2003). Como já se escreveu, as autoras também consideram o comportamento suicida na infância raro, mas não excepcional. Além disso, é um assunto pouco estudado e questionado, havendo subnotificação dos casos em razão de diversos fatores.

Sabemos que nem sempre quem pratica o ato suicida está à procura da morte. O suicídio traz, em seu cerne, um paradoxo: “Salvar-se evitando a si mesmo... aquele que se suicida não tem forçosamente a morte como objetivo” (ANSERMET, 2003, p.179). Na clínica com pacientes suicidas, pode-se comprovar essa questão. O que se percebe, muitas vezes, é a procura, na morte, de uma saída para a vida. Em grande parte dos casos, o sujeito diz: “Fiz, pois não encontrei outra saída para meu sofrimento”, ou “Fiz para meus pais saberem o que é viver sem mim”, ou até “para calar as vozes”. Lacan, no seminário “As formações do inconsciente” (1957-1958, p.252), diz que o sujeito não busca precisamente a morte, mas um estado de “repouso das pedras”. Refere-se a Freud, reconhecendo no sujeito humano uma inclinação à busca desse repouso:

“O que Freud desvenda como o para – além do princípio do prazer é que talvez haja, com efeito, uma aspiração última ao repouso e à morte eterna, mas... deparamos com o caráter específico da reação terapêutica negativa, sob a forma do irresistível pendore para o suicídio que se faz reconhecer nas derradeiras resistências com que lidamos nos sujeitos mais ou menos caracterizados pelo fato de terem sido filhos não desejados” (LACAN, 1957-1958, p.254).

Podemos entender que, nos sujeitos em que de algum modo não foi possível constituir algum tipo de enlaçamento, mesmo que precário, em relação ao desejo do Outro, poderá haver o confronto com a inclinação ao repouso em determinadas situações de suas vidas. Quanto mais o sujeito se aproxima do não desejo de seus pais, maior o risco de suicídio. (Kaufman, 2008)

Diante disso, Lacan (1974/2003) contribuiu bastante para a compreensão de que as crianças realizam atos na particularidade que lhes compete. Uma criança, desde seu

nascimento, desde sua inserção na vida, incorpora algo do desejo dos pais. Algo inacessível, que a ultrapassa e que às vezes a condena, pois, como escreve Lacan (1986), o sintoma da criança se encontra no lugar de responder ao que há de sintomático na estrutura familiar e, por vezes, o sintoma que domina na criança é consequência da subjetividade da mãe.

Como se observa, o ato suicida na infância é um tema que demonstra grande relevância social, pois trata-se de um fenômeno que ocorre, mas é pouco abordado. Em consequência disso, há uma falta de informação sobre o assunto, uma dificuldade no diagnóstico dos casos e, conseqüentemente, do manejo desses casos pela equipe de saúde junto à família.

2.5 - O ato suicida na perspectiva de Durkheim e sua relação dados da atualidade.

“... sempre se é filho da época em que se vive mesmo naquilo que se considera ter de mais próprio” (Freud).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) monitora dados mundiais relativos à mortalidade por suicídio desde a sua criação em 1950. Entre 1950 a 1995, estima-se que a taxa mundial de suicídio cresceu de 10,1 para 16 por 100.000 habitantes (WHO, 1999). O Ministério da Saúde do Brasil elaborou um Manual de divulgação e prevenção do suicídio, que alerta para dados importantes em relação ao tema. Nele consta que, em 2003, as mortes por suicídio em termos mundiais giraram em torno de 900 mil. Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as maiores causas de morte. Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando, em participação percentual, do grupo de mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos). Em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação. Considera-se que 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano de 2002 foram devido à tentativa de suicídio e estima-se que chegará a 2,4% em 2020. (Brasil, 2006)

No Brasil, foi criada, em 2006, pelo Ministério da Saúde, uma estratégia de prevenção do suicídio, batizada de “Amigos da Vida”, o que diz do reconhecimento da extensão das ocorrências. No país, em 1994, houve suicídio na proporção de 3,9 em 100

mil habitantes e, no ano de 2004, a taxa cresceu para 4,5 em 100 mil habitantes (Dapieve, 2007). Em comparação com outros países, sobretudo os países da Europa, essa taxa ainda é considerada baixa. O autor do levantamento estatístico comenta que a imprensa pouco aborda a questão e, quando o faz, obscurece o acontecimento individual. Porém, uma entrevista realizada com um profissional da área do Direito confirma que existe um acordo ético no âmbito do jornalismo, em que se evita noticiar casos de tentativas ou de suicídios, pois considera-se que isso evita uma contaminação psicológica que levaria ao aumento de casos com o mesmo intuito.

Sobre as taxas de suicídio, Wang, Santos e Bertolote (2004) comentam que elas, de modo geral, não variam muito com o tempo numa determinada sociedade. Apenas sofrem variações no que se refere a um deslocamento para faixas mais jovens, como acontece com o Brasil. É feita uma afirmação importante sobre o fato de que há uma proporção de atos suicidas que são vistos como se fossem acidentais (Wang, Santos, Bertolote, 2004, p.101). Segundo os autores há, também, situações em que faltam dados para diagnosticar o suicídio, devido à omissão de informações por parte dos familiares, por motivos éticos religiosos e, até mesmo, por motivos econômicos (seguros de vida em geral não cobrem mortes causadas por suicídio). Nos casos de tentativa de suicídio, apesar de se contar, na maioria das vezes, com a palavra do autor do ato suicida, existe também uma tendência em velar a realidade dos fatos.

De acordo com Meleiro, Teng e Wang (2004), a OMS informa que as taxas de suicídio se referem especialmente aos suicídios consumados havendo, inclusive, dificuldade em notificar os casos de tentativa de suicídio, devido à dificuldade de esclarecimento dos fatos, uma vez que aqui estão presentes fatores morais e religiosos. Segundo eles, o grupo de jovens brasileiros foi a população cujas taxas de suicídio mais cresceram nos últimos 20 anos, considerando o período de 1980 a 2000. Nesse período, são mencionados suicídios realizados por crianças a partir de 5 anos. Ainda em relação à idade, o achado mais importante, de acordo com Wang, Santos e Bertolote (2004) é a observação de que a idade das pessoas que cometem suicídio é cada vez mais baixa, ainda que a taxa de suicídio por idosos seja de seis a oito vezes maior que por jovens.

Em 1897, foi publicado o livro “O suicídio: um estudo sociológico” por Émile Durkheim. Essa obra surge num contexto em que o ambiente cultural encarava o suicídio como um problema eminentemente moral. O autor analisou o fenômeno do suicídio como um fato social, no sentido de que este exerceria uma função, na sociedade, relacionada com o restabelecimento do poder de coerção das normas sociais

sobre o indivíduo. Durkheim não se preocupou muito com a natureza intrínseca dos atos que produzem a morte voluntária. No entanto, chegou a uma primeira fórmula, em que o “suicídio é toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima” (DURKHEIM, 1897/2000, p. 166). O teórico reconhece que há o suicídio quando a vítima, no momento em que comete o ato que deve pôr fim aos seus dias, sabe, com toda a certeza, o que deve daí resultar. Para Durkheim, havia também o que ele chamou de suicídios embrionários, casos em que o indivíduo busca a morte indiretamente, por exemplo, arriscando-se. Considera-se, de um lado, que o suicídio se liga aos atos de coragem e desvelo e, de outro, aos atos de imprudência e negligência.

O suicídio foi definido por Durkheim (1897/2000) como todo caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. Quando um indivíduo decide atravessar a rua fora da faixa de pedestres e é atropelado, de acordo com Durkheim, esta é uma tentativa de suicídio com um ato positivo, pois atravessar a rua dessa forma pressupõe que a vítima sabia que o ato poderia resultar em sua própria morte. O ato negativo seria um ato que se liga diretamente a uma auto-agressão, como atirar contra si mesmo. Tanto o ato positivo, quanto o ato negativo trazem consigo o objetivo de fazer mal a si próprio. Entretanto, o ato positivo é o ato falho no sentido durkheimiano. A tentativa de suicídio, por sua vez, é o ato que falha em levar à morte.

No que diz concerne à tentativa de suicídio, tema de interesse particular nesta dissertação, Durkheim considera a presença de três elementos: um agente deflagrador, o ato propriamente dito e a falha em consumir a morte. O autor refere-se, portanto, ao ato, mas ao ato que falha. Ainda que Durkheim desenvolva questões relacionadas a um ato, pretende entender apenas o que há de universal no fenômeno do suicídio enquanto um ato social. A psicanálise, corpo de conhecimento que foi utilizado para subsidiar esta pesquisa considera, pois, que o que há de mais singular e também de mais universal no sujeito é o ato. (LACAN, 1974/2003). Por isso, um mesmo ato pode ter várias determinações, de acordo com cada sujeito.

Para contextualizar a questão do ato suicida em Durkheim, é necessário recorrer à obra “A divisão do trabalho social” (1893/1999). Nessa obra, Durkheim define a sociedade como uma força viva e atuante; uma realidade linguística que atravessa o indivíduo em sua existência biológica, inaugurando o indivíduo social. A noção sociológica de sociedade é que esta constitui uma força moral reguladora externa ao

indivíduo e que este se submete a ela. O teórico reconhece que a probabilidade de um indivíduo se apropriar de maneira singular do que lhe chega como força moral coercitiva não é efeito do acaso.

É na forma de laços de solidariedade que a sociedade se materializa por meio de uma relação de interdependência, e isso custa aos homens certas renúncias para se ligarem uns aos outros de maneira forte e duradoura. Nessa vertente, “toda sociedade é uma sociedade moral” (DURKHEIM, 1893/2000, p.218). O autor reconhece, ainda, dois tipos de solidariedade, a mecânica e a orgânica. A solidariedade mecânica predominou em sociedades pré-capitalistas, em que a identidade do indivíduo equivale ao *corpus* coletivo. Já a solidariedade orgânica surgiu a partir do capitalismo, por meio de uma ruptura na identidade coletiva que imperava até então. A emergência da individualidade na Modernidade exigiu um novo modelo de trabalho e certamente produziu efeitos na subjetividade dos indivíduos. De acordo com Durkheim (1893/1999 e 1897/2000), o aumento da liberdade individual foi uma necessidade econômica e social da época. O modelo de estruturação social anterior, baseado na coletividade, não atendia mais à sociedade e o indivíduo teve que se haver com o desamparo e a solidão consequentes desta nova forma de enlaçamento social (SILVA, 2007).

Durkheim se refere a três tipos de vínculos sociais: o egoísta e o altruísta. E, nesse sentido, é necessário manter um grau ótimo de tensão na amarração entre os indivíduos, pois, se isto não ocorre, o vínculo se torna patológico. Há, também, um terceiro tipo de vínculo que produz a desarmonia social, o vínculo anômico. Este foi caracterizado pelo autor como um terceiro tipo de amarração e constitui um estado patológico do laço social: nele, a norma social se encontra repentinamente impotente para manter sob coerção a realidade psíquica caótica do indivíduo. Assim, suas exigências de satisfação tornam-se impossíveis de serem atendidas. Isso tem como consequência um aumento insuportável de frustração, uma vez que, diante transbordamento de suas paixões, o indivíduo fica à mercê de si mesmo e deste “sem fundo” de que fala Durkheim. A anomia constitui, pois, o principal fator para a ocorrência do suicídio.

O conceito de indivíduo com que Durkheim trabalha auxilia na compreensão da hipótese do suicídio como um fato social, uma vez que o autor articula o suicídio, um ato individual, a uma necessidade social. De acordo com Silva (2007), fica claro que Durkheim pensa o indivíduo como cindido entre uma realidade psicossocial e outra

coletiva. No entanto, ambas se organizam em um espaço entre a constituição orgânica e uma realidade social específica.

Há em nós duas consciências: uma que contém apenas estados que são pessoais a cada um de nós e nos caracterizam ao passo que os estados que a outra compreende são comuns a toda sociedade. A primeira representa apenas a nossa personalidade individual e a constitui; a segunda representa o tipo coletivo, e, por conseguinte, a sociedade sem a qual ele não existiria (...) embora distintas estas duas consciências são ligadas uma às outras, pois em suma, elas constituem uma só coisa, tendo para as duas um só e mesmo substrato orgânico. (DURKHEIM, 1893/1999, p.79).

O aspecto que se apresenta relevante para a discussão do suicídio em Durkheim é sua posição de não considerar somente o indivíduo, mas também saber existir no indivíduo, uma esfera psíquica que escapa a toda regulação social e se localiza num espaço entre o que é da constituição orgânica e o que foi adquirido socialmente. Se o que for da realidade interna ultrapassar os limites impostos socialmente, ocorrerá um “esgarçamento mortífero” no laço social. (SILVA, 2007).

Durkheim (1897/2000), ainda, organiza o conceito de corrente suicidógena para teorizar a respeito da presença do suicídio em todas as sociedades. A idéia de “corrente” é aplicada, pois, mesmo sabendo que o suicídio é um ato particular e isolado, o autor considera que, por mais independentes que pareçam, essas manifestações individuais são, na realidade, produto de uma mesma causa, ou de um mesmo grupo de causas que dominam os indivíduos dentro de uma sociedade. De acordo com Durkheim (1897/2000), a corrente suicidógena faz parte das engrenagens de sustentação de uma sociedade. Independentemente do tipo de enlaçamento que é estabelecido entre os indivíduos, há uma cota de sacrifício voluntário imposta a toda sociedade. Segundo o autor, cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que ele paga à morte voluntária. (DURKHEIM, 1897/2000). Nesse ponto, Durkheim é irredutível: há um tributo a ser pago, uma vez que o movimento característico das taxas de suicídio seria inversamente proporcional ao grau de interação dos grupos de que os indivíduos fazem parte. Ou seja, quanto menos significativo é o grupo na vida do indivíduo, mais este estará à mercê de suas necessidades individuais. Nas palavras do autor:

A natureza humana é sensivelmente a mesma em todos os cidadãos. Não é ela, portanto, que pode atribuir às necessidades o limite variável que lhes seria obrigatório. Por conseguinte, na medida em que dependem apenas dos indivíduos, elas são ilimitadas. Em si mesma, abstraindo-se todo o poder

exterior eu a regula, nossa sensibilidade é um abismo sem fundo que nada é capaz de preencher. Mas então, se nada vê contê-la de fora, ela só pode ser uma fonte de tormentos para si mesma. (DUKHEIM, 1897/2000, p.313)

Anteriormente, foram expostos os tipos de amarração social. Essa estruturação proposta por Durkheim (1897/2000) promove uma derivação dos três tipos de suicídio, que, conseqüentemente, trazem efeitos, tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade.

O suicídio egoísta é articulado com o vínculo social egoísta. O autor faz suas elaborações a partir de discussões em torno da religião, da ciência, da família e das sociedades políticas, e aponta que esse tipo de suicídio é mais comum em solidariedades orgânicas. Possui como característica um aumento da liberdade individual e uma conseqüente individualização dos sujeitos como exigência da solidariedade orgânica, que é um fator de adaptação do indivíduo e manutenção da cadeia de interdependência.

O suicídio altruísta deriva do vínculo altruísta, sendo oposto do vínculo egoísta, que traz um aspecto mortífero. No suicídio altruísta, o sentido da vida passa a acontecer em função do que a sociedade estabelece como sagrado ou coerente. Pode-se pensar, por exemplo, na radicalidade de um linchamento, ou de um suicídio coletivo. A multidão possui uma força capaz de grandes destruições, onde o que impera é uma decisão coletiva. Muitas vezes, o indivíduo não seria capaz de realizar tal ato sozinho. A vida deixa de ser uma questão particular, passando à alçada de um grupo social.

O suicídio anômico relaciona-se a uma situação de desregramento, típica de períodos de crise social, pois decorre da falta de regras sociais que deixam o sujeito à deriva, já que, para ele, no mundo não vigoram as condições necessárias à realização da solidariedade moral. Outra importante contribuição de Durkheim está na obra “Da Divisão do Trabalho Social” (1978), em que a sociedade é apresentada como anômica, no sentido da carência de regulamentação moral. Isso pode ser decorrente de um processo rápido de desenvolvimento da sociedade em direção à riqueza ou à pobreza. Ocorre, assim, uma fragilização do poder das normas sociais de coibir a realidade caótica. Esse caos instaura o que Durkheim (1897/2000) nomeou como estado anômico social ou anomia. Tal estado deixa o sujeito descoberto, sem contenção em relação às inclinações humanas que ameaçam a sociedade. Dessa forma, o estado anômico é responsável pela brusca ascensão de taxas de suicídio na sociedade. O suicídio, por sua vez, ocorre tradicionalmente onde a solidariedade mecânica prevalece. De acordo com Durkheim, “a partir do momento em que nada nos detém, deixamos de ser capazes de nós próprios.” (DURKHEIM, 1897/ 2000, p. 294).

Deve-se também citar o suicídio fatalista. Embora Durkheim o visse com pouca relevância, essa modalidade de suicídio estava ligada ao fato de o indivíduo deixar-se controlar demais pela sociedade, ocorrendo tipicamente em sociedades escravocratas.

Durkheim analisa a questão do vínculo social de acordo com duas variáveis de natureza moral: integração social e regulação moral. Os tipos de suicídio propostos por Durkheim podem ser variados e subjetivamente orientados por muitas questões individuais, mas, se forem considerados em conjunto, serão sempre resultado da atuação de variáveis cuja substância está em uma dimensão da vida social: a moral. Considerando a atuação da variável “integração social”, dois tipos de suicídios são possíveis: o suicídio egoísta e o suicídio altruísta. Uma baixa integração social corresponde ao alto grau de suicídios egoístas e, ao alto grau de integração, corresponderá uma taxa elevada de suicídios altruístas. No que se refere à variável “regulação moral”, altas taxas de regulação causam o suicídio fatalista e baixas taxas de regulação levam a uma elevação do suicídio anômico.

A sociedade atual promove, efetivamente, um ambiente anômico. Freud, em seu texto “O mal-estar na civilização” (1929) e também Lacan, em “Televisão” (1974), preocuparam-se com tal mal-estar que, posteriormente, foi tratado por Lacan como produto do discurso capitalista. Diante disso, Miller e Laurent (1998) alertam que não se pode pensar a clínica fora de época, baseado num alerta feito por Lacan. Diante da crise, o laço social permite a pluralização das formas de vínculos que articula pais e filhos fora da forma tradicional. Certamente, as mudanças que se referem à patologia do laço social incidem, sobretudo, nas crianças.

Muitos autores teorizaram acerca da atualidade. Tizio (2007) refere-se ao termo “atualidade” como “coordenadas discursivas de uma determinada época”. Bauman (2004), por sua vez, considera que pós-modernidade não se trata de uma nova era, mas de uma situação em que se pode olhar para trás, para a modernidade, e sobre ela refletir. A pós-modernidade é como a modernidade líquida ou fluida, metáfora que caracteriza a mobilidade, a inconstância e a fluidez que o homem da sociedade contemporânea apresenta. (Bauman, 2004). Jean François Lyotard (1924-1998) pontua a distinção entre pós-modernidade e modernidade, no que se refere ao conhecimento e ao saber científico. Lipovetsky (1983) cunha o termo “hipermodernidade”, defendendo a ideia de que a modernidade passou para uma velocidade superior, em que tudo parece ser levado ao excesso: hipermercados, hiperterrorismo, hiperpotências e hipercapitalismo. Isso significa que a modernidade não tem mais limites, não em mais críticas fundamentais

em relação a si. Jacques A. Miller (2006), preferiu o termo “hipermodernidade” para se referir à realidade social de nossos tempos. Para Miller (LAURENT; MILLER, 2006), a atualidade denuncia, a todo momento, a inconsistência do Outro: vivemos em uma sociedade que não se apóia em tradições, rituais, regras morais, e com menos proteção coletiva das instituições, onde os sujeitos estão mais entregues aos seus próprios recursos.

Nesse novo pacto social, em que o Outro não se apresenta como castrado, não há acesso do sujeito à ordem social, tornando impossível apoiar-se nos valores que regem a civilização. O sujeito, ao invés de aprender a gozar com o Outro, se vê submetido ao imperativo do gozo do Outro, passando da permissão para gozar à obrigação de gozar. A lógica da plenitude imaginária, onde tudo é permitido para realizar esse gozo, fazer-se pleno, sem o reconhecimento de que algo o impede, é o que se constata, então, nesta “nova ordem social”, em que o imperativo superegóico que inviabiliza o acesso ao desejo. E, como diz Laurent (2007), quem mais sofre o impacto das grandes mudanças no discurso social são as crianças. O desejo de um filho passou a ser o direito a um filho, justificando o uso, a todo o custo, de todos os recursos tecnológicos de uma reprodução assistida, de todos os direitos reservados à adoção. Lacan, em 1968, já anunciava a possibilidade de a criança vir a se tornar um objeto recortado pela ciência e posto em circulação para o gozo capitalista. Laurent (2000) afirma que é isso que estamos vivendo.

Já que é possível ter um filho, cifrar o seu valor e recorrer às técnicas que permitem essa realização: passa a ser direito e dever possuí-lo. A criança é submetida a ser ela mesma uma mercadoria rara, como nos afirma Laurent (2000), portanto, ela passa a ser como qualquer produto que encontramos nas prateleiras: quanto mais caro, maior a garantia de funcionamento perfeito. Com isso, não há lugar para o sofrimento infantil. Essa é a exigência feita às crianças, de um funcionamento perfeito, seguindo a lógica dos direitos do consumidor. Nessa situação, os sujeitos passam a estabelecer relações com objetos a serem comprados. A partir daí, o sujeito entra num ciclo insaciável de consumo e descarte de objetos (*gadgets*), comandado pelo significante mestre “capital”. Trata-se de um discurso que produz costumes e dirige demandas, produzindo uma nova economia libidinal.

Dentro dessa lógica, na família, na escola, ou no hospital não resta lugar para o sofrimento, para o mal-estar, para o não saber, ainda que eles insistam em surgir através dos mais variados sintomas. Há uma aposta na perfeição das crianças, sobretudo, pela

via do saber. A formação, cada vez mais ampla e cada vez mais exigente, faz presentificar uma sensação constante de que tudo o que se faz ainda não é o suficiente; é preciso mais. Há uma inversão danosa de valores, em que se cultiva o amor pelo sucesso dos filhos e não pelos filhos.

Muitas crianças são bombardeadas com atividades a serem cumpridas, com coisas a aprender, cada vez mais cedo. O que se estabelece como sucesso tem limites cada vez mais estendidos, tornado-se cada vez mais impossível atingí-lo. Isso produz um efeito inverso, pois quanto maior a exigência para o sucesso, mais se produz o próprio fracasso. Para cada resposta que contrarie a direção do “mais saber”, produz-se um significante que reduz o sujeito à condição objetalizada: disléxico, hiperativo, psicopata, suicida. Pode-se dizer, assim, que o fracasso se apresenta como um sintoma, assim como se torna o signo de um mais gozar.

Ao invés das sofisticadas construções sintomáticas pela via do simbólico, encontramos uma crueza do sintoma apresentado em ato, incidindo sobre o próprio corpo, sobre o Outro e sobre a própria sociedade em que o imperativo do gozo excede e desloca o imperativo de renúncia. Assim, a família e a escola, o hospital enquanto um Outro gozador (aquele que tudo quer, que tudo sabe, que tudo generaliza, que tudo quantifica) faz retornar sobre a própria sociedade, os efeitos desse excesso de gozo, quando não há lugar para esse sujeito, quando não há lugar para o desejo. Quando os sujeitos não se ocupam do que é da ordem do desejo, portanto, do que é da ordem do particular, não se permite fazer uso daquilo que orienta cada um na relação com o outro, no campo coletivo.

Como diz Jean Baudrillard, em *Sociedade de Consumo* (2007), vivemos hoje em uma espécie de evidência do consumo e da abundância criada pela multiplicação de objetos, na qual os homens, em sua opulência, não se cercam mais de outros homens, e sim de objetos. Diante da carência de ideais norteadores para a formação da subjetividade, na qual o infantil não se exclui, o que nos é ofertado são imagens embutidas em ideias consumistas. Pode-se notar que, em razão do estilo de vida apressado, e com a precarização do mundo do trabalho, cada vez mais crianças são deixadas sem um referencial. De acordo com Laurent (2007), a TV é como uma medicação para algumas crianças, é como um hipnótico: faz dormir... É uma medicação que utilizam, tanto as crianças, quanto os adultos, para ficarem tranquilos diante das bobagens da tela. Porém, a televisão em comum para toda a família não é a oração comum da tradição, aquela que permitia vincular os membros da família através de

rituais. Quando o único ritual é a televisão, comer diante dela, falar sobre ela ou ficar em silêncio frente ao aparato, isso permite articular pouco a posição do pai entre proibição e autorização.

Em uma reportagem recente, transmitida pelo “Programa Fantástico” em 2009, uma cidade do interior de São Paulo estava promovendo o toque de recolher para os adolescentes numa determinada hora da noite. A partir daí, discutia-se a questão referente a quem caberia impor limites adolescentes: À escola? À família? À justiça? Essas são perguntas para as quais, há algum tempo, a sociedade sabia claramente a resposta: essa função cabe à família. Essa situação, exposta na tela de um canal televisivo, mostra que tem sido necessária uma regulação que venha de fora, pois, no seio familiar, tal regulação se encontra dificultada. Todo esse cenário aparece, muitas vezes, junto ao sofrimento do sujeito, fundando a idéia de uma patologia da infância e da adolescência, associado à queixa dos pais que as crianças não suportam proibições, não toleram regras. (LAURENT, 2007).

CAPÍTULO 3 – A CRIANÇA QUE FALA PELO SEU ATO

Este capítulo se destina a relatar dois casos atendidos uma única vez, mas suficientes para uma teorização em torno da passagem ao ato e *acting-out*. Os casos elucidam também aspectos abordados nos capítulos anteriores, tais como a angústia, a condição da criança e da família na atualidade e o ato suicida na infância.

3.1 - O caso Diana

Diana é um nome fictício dado a uma menina de 11 anos de idade, atendida no Hospital João XXIII. Chegou ao hospital num final de tarde, após ter sido resgatada pelo SAMU, em estado potencialmente grave. Ficou em observação durante as primeiras horas e, após 15 horas de evolução de um quadro de ingestão de formicida, a equipe médica indica o atendimento psicológico. A equipe médica solicita atendimento por considerar a situação do “acidente” muito confusa. A criança estava desacompanhada e evitava falar sobre o episódio.

Inicialmente, Diana apresentou-se resistente à abordagem. Após ser informada de que seria escutada em um consultório por um psicólogo, aceitou conversar. Quando indagada sobre o que havia ocorrido, Diana respondeu: “De manhã, estava tudo normal. À tarde, eu estava na rua. Eu quis morrer e tomei veneno. Aí, vieram meus amigos, chamaram a ambulância e me trouxeram para cá.” De acordo com Diana, o veneno para formigas era de seu pai, que sempre a alertava de que, se ingerido, poderia até matar. Diana o ingeriu na porta de sua casa, quando nesta não havia ninguém. Relata que pensa em morrer desde que “perdeu” sua mãe, desde que esta foi embora com outro homem. “Ela foi embora com outro homem há dois anos. Juntou as coisas dela, foi embora, e nunca mais voltou. Ela penava na mão do meu pai, estava triste com ele, pelas brigas de marido e mulher, que sempre rola uma violência.” Desde então, Diana ficou morando com seu pai e um irmão mais novo. Ela descreve o contato com sua mãe como sendo muito bom, como sendo o de uma mãe que lhe aconselhava quando ela brigava na escola. Por outro lado, fala da relação com seu pai como sendo, segundo ela, péssima:

“Ele não liga para mim. Se eu passo duas semanas dormindo fora de casa, quando chego, é a mesma coisa. Eu não faço diferença para ele”.

Diana relata que a mãe lhe deixou uma carta, dizendo que um dia voltaria. Quando tomou a iniciativa de procurar as tias e a avó, para questioná-las a esse respeito, estas dizem para Diana esquecer, pois sua mãe não voltará mais. Diana acredita, então, que “se a vida não pode ser feliz, prefere morrer”. Diz que sente vontade de morrer sempre que pensa em sua mãe, e manifesta seu desejo de encontrar uma família que cuide dela, ou então, “de sair, de andar por uma estrada até chegar ao fim”. Acredita que receberia mais amor se fosse criada por uma família de macacos. Mesmo sem ser perguntada, Diana disse: “As pessoas me perguntam se tomo anticoncepcional e eu não gosto de falar sobre esse assunto de menino e menina”. Outro dia, quando eu passava, esbarrei numa moça de vinte e cinco anos e derrubei seu copo de Coca-cola. Quando fui me desculpar, parece que ela quis me conhecer melhor e acabou gostando de mim. Não sei dizer bem sobre isso, apenas gosto dela e ela de mim. Ela me chamou para ficar na casa dela.” É na casa dessa moça que, às vezes, Diana passa até duas semanas dormindo “fora de casa”.

Diana relata nunca haver falado antes a respeito dessas “coisas”. Foi feita, então, a oferta de um possível tratamento, baseada na constatação da própria paciente de que estas eram questões que vinham lhe causando muito sofrimento. Ela imediatamente aceitou e, então, foi enviada para tratamento no CEPAL, uma instituição da FHEMIG, que acolhe crianças portadoras de sofrimento mental para tratamento psiquiátrico e psicológico.

Após o atendimento, o caso foi discutido com a equipe, que se surpreendeu com a intencionalidade do ato de Diana. Optou-se, na ocasião, por solicitar ao Serviço Social o contato com o pai de Diana que, embora ciente do acontecido, só poderia comparecer ao hospital após o expediente.

Procurar na morte uma saída para a vida, eis o paradoxo que nos faz pensar no quanto é complexa a clínica com tais pacientes. Diana, em sua singularidade, ensina a respeito dessa tentativa desesperada e extrema de uma instauração subjetiva. Trata-se da irrupção de algo que, como ela mesma diz, escapa à compreensão do próprio sujeito e carrega em si a antinomia entre o ato e o pensamento.

Ainda que a equipe considerasse confusa a história que Diana contava, seu caso foi atribuído como sendo algo da ordem do acidental, até a reunião realizada com a

psicóloga, onde se discutiu a questão. Parecia-lhes difícil encarar, naquela criança, a condição de um sujeito desejante diante de questões da existência e do sexo.

Ao escapar da morte, Diana pôde recuperar seu ato através de uma significação. O encontro com um profissional que opera com o discurso da Psicanálise, nesse momento preciso, parece ter sido crucial para que o ato fosse significado e não apagado em favor da negação, dando lugar à repetição.

No momento do atendimento, apesar de Diana relatar ter sido este seu primeiro ato suicida, registram-se atos que figuram como seus antecedentes: as fugas da casa de seu pai, bem como algumas atitudes de risco em relação a si própria. O ato traz consigo a dimensão do corte, uma passagem, um ultrapassamento de uma condição subjetiva anterior. Nesse sentido, pode-se formular que a tentativa de suicídio de Diana buscou colocar um “fim” em uma condição anterior, da qual, como ela mesma diz, ela queria “sair, andar por uma estrada até chegar ao fim”. O ato suicida, nesse caso, coloca um fim, ainda que não seja o fim da vida, mas o fim de uma condição subjetiva da qual, a partir do ato, o sujeito certamente ressurgiu modificado. Entre a condição de abandonada por sua mãe e aquela de não fazer diferença para o seu pai, Diana busca, com seu ato, agarrar-se a uma certeza, uma saída para a angústia insuportável. O ato é uma das maneiras que o sujeito encontra para se situar, deslocando para o Real o que não é possível de simbolizar.

Ao escutar o que contava Diana, notou-se que seu ato foi um apelo dirigido ao Outro, uma vez que ela consegue localizar-se em uma cena que ela realiza, na rua, em frente à sua casa, numa distância de segurança na qual pudesse ser vista e acolhida pelos amigos. Além disso, a substância ingerida, o veneno para matar formigas, não era uma substância qualquer, mas um instrumento de trabalho de seu pai, de quem ela recebera seu significado mortífero. Assim, o pai entra como certo agente desse ato de Diana. Ela, enquanto sujeito, está sob uma manifestação pulsional que promove uma resposta atuada em uma cena, cujo enquadre é determinado pelos elementos significantes de sua história.

O ato de Diana pode ser situado, pois, como um *acting-out*, uma vez que nele encontra-se implicada a vertente significativa do que é trazido à cena pelo sujeito. Freud, em “Psicopatologia da vida cotidiana” (1901), chamava a atuação, ou o *acting-out*, de atos sintomáticos ou atos falhos, fazendo-o equivaler a uma confissão do sujeito de algo que aponta diretamente para o inconsciente e possui valor de verdade. O *acting-out*, assim como o sintoma, é uma manifestação do inconsciente que possui valor de

verdade. Se, no *acting-out*, há uma orientação para o Outro que pode ser chamada de uma transferência sem análise, como Lacan ensinou no “Seminário 10: A Angústia” (1964), no sintoma existe uma opacidade subjetiva (Quinet, 1996).

O *acting-out* é um apelo ao Outro. Nele, o sujeito traz o objeto da pulsão à cena, o apresenta ao Outro, ainda que lateralmente, separando, desse modo, o objeto do campo do Outro. É através dessa mostração, velada para os observadores e visível para o sujeito (Quinet 1996), própria do *acting-out*, que o que é essencial pode aparecer. Diana estava disposta a levar adiante suas questões em um tratamento, já que seu ato incluiu na cena o que estava fora dela, ou seja, aquilo que cai, o objeto como causa do desejo. Diana vai para a rua e encena uma denúncia pública do pai e de sua condição de desamparo.

Por outro lado, seu ato suicida comporta as coordenadas de uma passagem ao ato, uma vez que, ao ingerir o formicida, ela passa “do logro da cena para a certeza encontrada em uma identificação em curto-circuito” com esse objeto fora da cena (MILLER, 2005, p.75). Diana cai identificada ao objeto abandonado e, ao fazê-lo, ela sai da cena sem deixar mais qualquer lugar para o jogo do significante. Tentar morrer foi a forma que Diana encontrou para separar-se do Outro no registro do seu próprio ser, “deixando-se cair” como um objeto dejetivo. Vítima do abandono, Diana dá um passo atrás, para não se encontrar com a sua verdadeira questão, aquela que ela diz que tanto lhe incomoda: “o assunto menino e menina” que remetia também à dimensão de homem e mulher, do pai e da mãe. Ela evita, assim, o encontro com o Outro do sexo, uma vez que este confronta inevitavelmente o sujeito com o Real da diferença sexual.

A pergunta que o sujeito formula em relação ao Outro, “Pode ele me perder?”, foi encenada por Diana no *acting-out* endereçada ao Outro, respondendo do lugar de objeto na fantasia de seu pai, que obteve o veneno para formigas. Sobre essa pergunta que o sujeito se faz, Lacan (1964, p.203) ensina que o sujeito traz, para a cena, a resposta da falta que antecede o seu próprio desaparecimento. O momento em que a mãe vai embora parece ter propiciado a Diana a vivência da falta e, conseqüentemente, a emergência da pergunta: “O que sou para o Outro?” A fantasia de sua morte, uma fantasia atuada, é o primeiro objeto que o sujeito põe em jogo nessa dialética e isso realmente não ocorre sem efeitos. Diana traz, em sua história, a questão do abandono de sua mãe, fato que ela significa como “perda”.

A mãe de Diana realizou um ato de uma verdadeira mulher, deixando cair os filhos. Diana comprova esse abandono, que significa como “perda” e que a faz querer

morrer todas as vezes que pensa em sua mãe. Ao ser abandonada, Diana deixa de estar no lugar de falo de sua mãe, perdendo, pois, sua característica de objeto agalmático. Ela traz, em seu relato, a consequência devastadora do ato de sua mãe, preferindo ter sido criada por uma família de macacos.

O amor, como Lacan o introduz no “Seminário 4”, é uma relação prioritariamente simbólica, sendo a mãe, nessa relação, um objeto simbólico. Quando ocorre a frustração desse amor, e por outro lado, não se apresenta o signo de amor, passa a intervir o objeto real, aparecendo no lugar do simbólico. De acordo com Miller (2005), nos ancoramos no objeto real quando a satisfação simbólica faz falta, tanto que ela não é uma satisfação da necessidade, mas um meio de defesa contra a frustração de amor. E podemos verificar, na neurose, a repercussão da perda do objeto:

Quando o objeto é perdido, resta, em seus reencontros a defasagem entre o objeto visado e a causa perdida que o anima. No lugar da causa ausente em que não se inscreve a relação sexual, o objeto *a* é a causa substitutiva que redobra a divisão do sujeito, ao dar forma ao gozo com o objeto caído do corpo que a pulsão recorta em seu circuito, alojado no Outro pela neurose. A causa do sujeito, inapreensível pelo discurso como tal, é, portanto, sua própria castração. (FUENTES, 2008, p.47).

Quando a mãe de Diana foi embora, esta caiu do lugar de falo, caindo também a imagem fálica que recobria o objeto [i (a)], ou seja, o (i) separa-se de (a), deixando aparecer o que a imagem velava. O que surge é o real do objeto, desarticulado da falta. O idílio com sua mãe se rompe pela presentificação de um Real insuportável. No momento do abandono, Diana perde o valor fálico que acreditava ter para sua mãe, caindo como um objeto de gozo sem valor fálico para sua mãe.

Sendo o falo representante da falta, aparece no imaginário como (-φ). Quando o objeto se encontra articulado à falta, ele aparece no lugar da falta, como a metáfora criança / falo. A criança vem para a mãe como um substituto do falo, revestido pelo valor fálico. Se a articulação do objeto se desfaz, ficará faltando a articulação do objeto com a falta: falta portanto a falta. Na falta da falta surge a angústia, uma vez que falta a articulação do objeto com o desejo. O falo não se sobrepõe à falta, ele é a falta, ele é o que falta à mãe simbolizando a castração materna, ou seja, o desejo da mãe. Se falta o desejo, a criança fica como puro objeto, sem valor fálico.

A angústia surge quando um mecanismo faz aparecer algo no lugar do (-φ) que, segundo Miller (2005, p.72), corresponde, no lado direito, ao lugar ocupado pelo *a* do objeto do desejo, antes do lado esquerdo. À esquerda, temos a suposta realidade do

organismo e à direita, o campo do Outro. (fig.3). Diana diz que sente vontade de morrer sempre que pensa em sua mãe. Quando as coordenadas do objeto que ligam o sujeito ao objeto se perdem, há uma vacilação do fantasma, precipitando num *acting-out* ou numa passagem ao ato

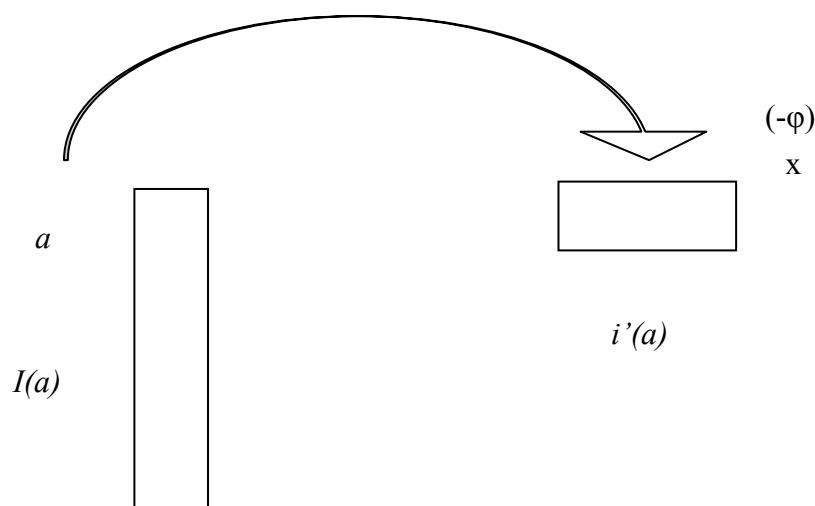


Figura 3: Esquema de Miller

É por uma moça de vinte e cinco anos que ela se afeiçoa. Esse sentimento parece constituir uma questão para ela, quando diz que não sabe o que sente ou seja, se se trata de um sentimento de mãe e filha ou não. De acordo com Miller (2005), entre o desejo e o gozo, existem dois trajetos, um passa pela angústia e outro passa pelo amor (fig. 4). A via do amor seria, então, uma via de engano, por isso o amor se ancora no narcisismo. A via da angústia, ao contrário, é aquilo que não se engana.

Desejo, amor, gozo e angústia se articulam no caso Diana, tal como pode ser observado na figura abaixo (MILLER, 2005, p.60). A angústia é a via que vai do gozo ao desejo, passando pelo amor, a via da angústia é a via da perda, do furo, é a via que passa pelo gozo em direção ao desejo. “Só o amor permite ao gozo condescender ao desejo” (LACAN, 1962/1963, p. 209). A via do amor é a que desemboca no objeto simbólico, no falo, como símbolo do Desejo da Mãe, no desejo enquanto desejo do Outro. Já a via da angústia conduz ao objeto real, como Freud trabalhou em “Inibição, sintoma e angústia”, ao objeto da satisfação que não da necessidade, uma satisfação que é gozo.(MILLER, 2005). Em torno dessa lógica, foi indicado o tratamento para Diana onde, através do amor de transferência, ela pudesse aceder ao objeto do desejo.

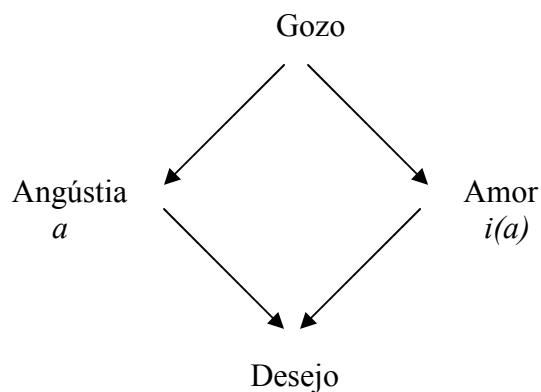


Figura 4: Angústia

Com o abandono de sua mãe, Diana parece ter ficado privada de recusar a mãe, e impedida de passar pelo pai, a não ser por meio de um desafio a ele. Aos 10 anos, Diana estava num idílio com sua mãe, que a deixava numa posição de satisfação. No entanto, quando sua mãe vai embora, esta se torna uma potência real, aparecendo um real que aponta radicalmente para a separação traumática. Esse fato, que se pode considerar da ordem do acidental para Diana, implicou no desamparo.

Ainda no “Seminário11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964/1985), Lacan nos ensina que O Outro “é o lugar que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer.” (LACAN, 1964/1985, p.194). E seria exatamente do lado desse vivo chamado subjetividade que se manifesta a pulsão. De acordo com Lacan (1964/1985), toda pulsão, sendo pulsão parcial, não representa nenhuma pulsão. As representações da pulsão são recalcadas e formam o inconsciente. Mas Lacan afirma que, no psiquismo, não há nada em que o sujeito possa se situar como ser de macho ou ser de fêmea. Dessas categorizações, o sujeito só situa equivalentes: a passividade e atividade. Assim, o que o ser humano tem que fazer como homem ou como mulher, cabe a ele apreender do Outro. A sexualidade, então, irá se instaurar na vida do sujeito pela via da falta.

O pai, para Freud, será desvalorizado no momento em que a sexualidade entra em cena. Diana parece tomar uma posição perante seu pai, escolhendo o veneno utilizado por ele para ingerir, ou seja, o pai não deu o falo à sua mãe, uma vez que ela andava triste e insatisfeita. Nesse momento, Diana parece se decepcionar e querer somente um desafio de seu pai. Naveau (2001) coloca que tal decepção provoca na criança uma espécie de abalo.

De acordo com Naveau (2001), Freud afirma e Lacan retoma que a criança, inicialmente, é decepcionada pela mãe, pois esta não lhe deu o que havia sido pedido e, no caso de Diana, a mãe foi embora com outro homem. Então, ela se volta para o pai, e pensa que ele lhe dará o que ela lhe pede, mas, ainda assim, ela percebe que não faz diferença para ele e se enraivece. Passa, então, a dirigir sua demanda de amor à moça que ficou conhecendo, parecendo optar por um desafio, que segundo Lacan, já é da ordem simbólica.

Não sabemos da escolha sexual de Diana, mas, neste momento, Diana está impossibilitada de amar seu pai justamente porque o amor supõe a castração do Outro. Por não contar com a presença da mãe, procura desesperadamente alguém do mesmo sexo para promover uma obturação do que lhe falta. Por tais razões, um tratamento para Diana, posterior à alta hospitalar, pode oferecer a possibilidade de uma reconstrução, através de uma ficção, para que esta possa reescrever o abandono de sua mãe, construir uma versão para seu pai, além de poder significar o que há de insuportável em sua história e não necessitar atuar para mostrar ao Outro o que lhe dói.

3.2 – O caso Clara

Clara é o nome dado a uma criança de sete anos de idade que chegou ao hospital após uma ingestão de cinco comprimidos de antidepressivos. Segundo a mãe, esta é a medicação de seu pai, que faz tratamento para esquizofrenia. Logo que teve condições para verbalizar, a equipe solicitou atendimento para a criança, alegando dois motivos: era a própria criança que havia tomado a iniciativa de ingerir a medicação e sua família era muito “desestabilizada” emocionalmente. Quando a investigadora chegou à enfermaria para atendê-la, seu pai estava ajoelhado, dizendo que a menina estava com o Satanás no corpo e que ele precisaria retirá-lo.

A mãe veio ansiosa em direção à psicóloga, dizendo: “Ah! Você é a psicóloga? Preciso muito lhe falar. Na verdade, não sei porque isso ocorreu, mas nossa vida não vai bem”. Segundo ela, Lúcio (nome fictício), o pai de Clara, é portador do vírus HIV e possui esquizofrenia, doença que se manifestou após o nascimento da filha: “Ele vive em crise e nós somos sustentados por seus pais. Eu vivo só para cuidar dos dois, na verdade não tenho vida. Tenho uma preocupação excessiva com ela, tenho medo de que

ela se machuque, não deixo que ela brinque fora de casa”. A mãe relata que, pela manhã, Clara pediu para andar de bicicleta, mas ela lhe negou o pedido e então, rapidamente, Clara tomou os remédios do pai, que se encontravam sobre a mesa.

Clara, nada verbalizou espontaneamente. Manifestou-se muito introspectiva e falou somente quando lhe foi perguntado, diretamente, o que havia acontecido. Disse haver tomado remédio porque não queria viver mais. Logo em seguida, seus avós chegaram ao hospital e disseram da precariedade da situação da família. Tentam ajudar financeiramente, mas percebiam que o sofrimento de Clara era intenso: “Ela fica bem quando está conosco, do contrário, está sempre triste e às vezes muito agitada”. Os avós se referiam ao fato como um acidente, e negavam a possibilidade do ato suicida da criança.

A mãe, a todo instante, demandava uma escuta e, nesse espaço, falava a respeito de sua vida anterior ao encontro com Lúcio. Numa ocasião em que veio a passeio a Belo Horizonte ao sair com uma amiga numa noite, estava um pouco embriagada e o conheceu: “Ele me pareceu um pouco revoltado da vida. Só tivemos uns encontros e logo engravidei. A partir daí, veio a mãe dele e quis fazer tudo, parecia até que a filha era dela.” Refere-se à vida que levava com sua família, no interior, com certo sofrimento, reconhecendo que nunca teve um lugar. Tinha vontade de morrer e que sempre quis tentar a vida em outra cidade: “Agora eu tô nisso aí e não consigo sair.” Relata que Lúcio, logo que Clara nasceu, começou a delirar. Refere que Clara é mais ajuizada que seu pai: é uma menina quieta, sentida e não gosta de brincar. Lúcio sempre manda a mãe enrolar fumo para ele e segundo ela, aceita a situação porque “senão vira uma discussão sem fim, sem pé e nem cabeça” (sic). O marido foi encaminhado para tratamento, mas às vezes entra em crise.

Posteriormente, o caso foi discutido com a equipe, com o objetivo de traçar um rumo para o encaminhamento. Um dos profissionais tentava explicitar sua percepção do caso somente pela via da negligência dos pais. Este era um aspecto presente, no entanto, não podemos isolá-lo da história de Clara. Foi proposto o encaminhamento da mãe para o tratamento psicológico no Posto de Saúde, e ela aceitou prontamente. Foi proposto que Clara precisava de tratamento, para que pudesse, de alguma forma, significar o seu ato.

Miller, em seu texto “Coisas de família no inconsciente” (1993), faz importantes pontuações acerca do tema “família” e pergunta: a família tem sua origem no matrimônio? Não, a família tem sua origem no mal-entendido, no desencontro, na

decepção, no abuso sexual, ou no crime, responde. Ele também pergunta: A família está formada pelo marido, a esposa e os filhos? Não, está formada pelo Nome do Pai, pelo desejo da mãe, pelos objetos pequenos *a*, responde. Ele pergunta, ainda: Estão unidos por laços legais, direitos e obrigações? Responde que a família está essencialmente unida por um segredo, por um não dito: um desejo não dito que esconde o gozo do pai e da mãe.

O caso Clara, bem como o caso Diana tocam em pontos importantes acerca da análise da condição da criança no contexto familiar. Na atualidade, fica evidente que é a criança que funda a família. Lacan manifesta sua posição relação à família através da expressão “ideologia edipiana”, denunciada por ele como uma forma de “familiarismo delirante” (Lacan, 1967/2003). A expressão: “É o nascimento de uma criança que cria uma família” ⁷ proferida por Laurent (2007), nos faz pensar nos efeitos dessa condição da família sobre a criança. No caso Clara, o que se evidencia é que algo em torno de uma família passa a se constituir a partir do nascimento da criança, fato que inaugura a constituição da família. Isso certamente traz implicações para a subjetividade da criança, levando à pergunta sobre onde se situa o desejo dos pais por ela.

Por sua presença, Clara satura a falta da mãe, sendo “na relação dual com a mãe, que a criança lhe dá, imediatamente acessível, aquilo que falta ao sujeito masculino: o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real”. (LACAN, 1967/ 2003, p.370). Implicada nessa posição, a mãe não tem acesso à sua própria verdade. Quando a mãe de Clara disse: “Agora eu tô nisso aí e não consigo sair”, aparece também sua condição subjetiva em relação à filha, pois a criança parece promover um tamponamento. No entanto, a mãe de Clara parece fazer uma suposição de saber, tendo em vista que, todo o tempo em que permaneceu no hospital com Clara, pareceu sentir-se convocada pelo ato da filha e tentou a todo tempo interpretá-lo, incorporando-o à sua história. Clara coloca a vida em questão, para sua mãe.

A criança contemporânea revela-se como sendo o sujeito que nasce incumbido da tarefa de constituir sua família, encarregando-se inclusive, da distribuição dos nomes pai e mãe. O pai de Clara, dentro da lógica psicótica, tenta extrair, no real, o gozo do corpo de Clara, através do nome Satanás. É com seu ato suicida, com características de passagem ao ato, sendo, portanto, uma resposta no real, que Clara tenta se separar de sua mãe. O não de sua mãe parece impelir a criança ao ato, que não se situa no registro

⁷ Relatório de missão da Assembléia Nacional sobre a família, citado em CHEMIN, Anne, *Lê Monde*, 1 de outubro de 2006.

simbólico, mas sim no real, onde o sujeito é arremessado sem um endereçamento simbólico. Há, nesse caso, o “deixar-se cair” (*niederkommen*), o “largar de mão”, o correlato essencial de toda a passagem ao ato segundo (LACAN, 1963, p.129). A presença desse correlato indica que o sujeito se confrontou, radicalmente, com o que é como objeto para o Outro e reagiu de modo “impulsivo”, com uma angústia incontável, identificando-se com o objeto *a*. Diante da fala de sua mãe, não podendo suportar a cena em que ocorre um confronto súbito entre o sujeito e o objeto desvelado. Clara ejeta-se da cena e rejeita qualquer apelo ao Outro, através de um “não querer saber de mais nada”. Há, no âmago de todo ato, um não ao Outro. Esse atravessamento destina-se a separar o sujeito do Outro, constituindo-se numa recusa irreduzível a qualquer coisa desse Outro.

Clara, com sua passagem ao ato, fez um movimento que denotou não haver interlocutor e, conseqüentemente, nenhuma mediação, contrariamente de um *acting-out*, que vem no lugar de um dizer. No caso Diana, podemos observar o aparecimento do objeto *a* na cena, com seus efeitos de perturbação e de desordem: há uma subida à cena, um apelo ao Outro. Diferentemente, no caso Clara, faltam-lhe pontos de apoio em nível de sua estrutura simbólica, da sua estrutura de vida, no contexto de sua história; falta-lhe esse elemento significante e, por isso, ela se precipita e despenca da cena, acontecendo, no real, a precipitação do inconsciente. Clara, em seu ato, não consegue situar nenhum ponto de apoio, é um quisto, não tem ligações, não tem laços e o sujeito diz que não sabe o que aconteceu, não tem elementos para situar o que aconteceu naquele instante.

Embora não seja um ato sem causa, essa causa é impossível de dizer e, por essa razão, Clara não pode dizer sobre ele, apenas operando, no real, uma separação radical em relação ao Outro. É certo que a passagem ao ato é indiferente a seu futuro e encarna um aspecto resolutivo. No hospital, pode-se notar que Clara pareceu não querer nada com seu ato mas, surpreendentemente, ele gerou um enigma para sua mãe.

Clara apresenta a característica primordial da passagem ao ato, que é a saída pelo nada saber. Esta passagem representa, pois, a reação de um sujeito, caracterizada por uma profunda radicalidade, quando ele é confrontado ao que é como objeto *a*, ao qual ele se identifica e se reduz e que tem uma conotação característica, ligada à função de resto. Eis o que define a passagem ao ato: a saída da cena. O que nos permite reconhecê-la é esse caráter de evasão.

No caso trabalhado anteriormente, um *acting-out*, há um surgimento do objeto *a* na cena, com seus efeitos de perturbação e de desordem, que se vincula ao

impedimento. No momento de maior comoção, Diana traz à cena pública sua questão. Na passagem ao ato, emerge a emoção no momento do mais intenso embaraço, quando o sujeito se encontra sob a barra, fora da cena, com objeto *a*. Por outro lado, quando sai da cena, Clara não deixa mais lugar ao jogo do significante, através da rejeição à cena e também de qualquer apelo ao Outro: ela somente deixa-se cair.

Do ponto de vista institucional, as coisas precisam funcionar e, então, é por meio de um significante como “negligência familiar” que a equipe, muitas vezes, irá apreender o caso para objetivamente resolvê-lo. “Negligência” foi o significante que inicialmente norteou unicamente a conduta médica no caso Clara. No entanto, após discussão com a equipe, foi possível desmistificar algumas questões para poder efetivamente encaminhar o caso. De acordo com Laurent (1992, p.34), Lacan diz que “o amo, em sua posição fundamental, não quer saber nada: o amo quer ordenar, quer que as coisas marchem, funcionem, mas o amo não quer saber por que marcham, não lhe interessa”. No caso dessa equipe do Serviço de Toxicologia, aconteceu algo diferente: a equipe que não se confinou em seu próprio saber e foi em busca de uma interlocução. A partir daí, foi possível uma discussão e, conseqüentemente, um encaminhamento mais efetivo. Possibilitar um lugar para a mãe de Clara ser escutada colocaria em questão, certamente, sua responsabilidade sobre ela.

Entende-se, pois, que a tarefa da Psicanálise na Instituição, não é a de produzir uma interpretação infinita, generalizada. É preciso que o profissional que opera com o discurso da Psicanálise esteja na instituição, atento à palavra, confrontado com a multiplicidade de um discurso que se anuncia entre vários, de acordo com Laurent (2003). Essa presença pode ser transformadora, uma vez que faz circular um outro discurso que comporta um espaço para a escuta do sujeito, considerando a dimensão particular de seu sofrimento, para além do acidental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho consistiu numa proposta de investigar o ato suicida na infância, em sua vertente de tentativa de suicídio, nas coordenadas discursivas da atualidade. Ele se desenvolveu orientado pela pergunta referente à possibilidade de pensar o ato suicida na infância como passagem ao ato ou *acting-out*, diferentemente de explicá-lo ou localizá-lo como um acontecimento fortuito, acidental. As tentativas de autoextermínio foram consideradas como ato suicida, uma vez que esse ato pode resultar ou não em morte.

Por meio do estudo teórico e da construção de dois casos clínicos, constatou-se que o ato suicida na infância é um ato possível, no sentido de que ato, tanto para Freud, quanto para Lacan, não são inocentes, nem meros movimentos. Eles têm uma significação, ou seja, neles há uma dimensão significativa e constitutiva que pode e deve ser considerada.

O primeiro capítulo foi dedicado a localizar, contextualizar a inserção dos atos suicidas estudados na urgência que comporta a dimensão de uma ruptura, uma quebra, um corte, em um hospital que acolhe demandas variadas, o Hospital João XXIII. Nele, chegam cidadãos com problemática relacionada à violência e diversificadas formas de mal-estar, fazendo da clínica que aí se pratica uma clínica dos efeitos do “mal-estar” na cultura. De acordo com Laurent (2003), no texto “Ato e Instituição”, o psicanalista ou o profissional orientado pela psicanálise pode se inserir na instituição, atuando em diferentes funções (supervisor, clínico, diretorias, etc.), estar entre outros discursos, sem neles se dissolver, ou seja, mantendo os princípios da psicanálise. Sua presença pode ser, assim, transformadora, desde que esse profissional não fique confinado em seu estatuto extraterritorial, e consiga circular na instituição, em meio a outros saberes, podendo interrogar os mestres, indicando-lhes possíveis falhas no saber suposto que os orienta e que desconhece o gozo particular de cada sujeito. (Laurent, 2003). No Hospital João XXIII houve essa possibilidade e a equipe, pouco a pouco, não só chamava os psicólogos para “atender” as crianças que chegavam intoxicadas por medicamentos ou substâncias, mas já podia ouvir que suas histórias não eram “acidentais”.

No segundo capítulo, o estudo realizado em torno dos conceitos de *acting-out* e passagem ao ato possibilitou a conclusão de que o ato suicida na infância pode ser localizado nessas modalidades de ato. Com base nos estudos de Freud e Lacan,

verificou-se, de um lado, o *acting-out*, que designa o surgimento do objeto *a* na cena com seus efeitos de perturbação e de desordem. E, de outro, a passagem ao ato, em que há o sujeito encontrando-se sob a barra, fora da cena, com o objeto *a*. Nesse caso, há uma saída de cena que não deixa mais lugar à interpretação, não deixa mais lugar ao jogo signifiante. Nesse percurso, não foi difícil concordar com a afirmação de Ansermet (2003, p.185) de que o suicídio pode ser entendido “como um acidente específico das relações do sujeito com a ordem simbólica”.

Ainda no segundo capítulo, foram consideradas as contribuições de Durkheim, sociólogo que demonstrou grande interesse pelo tema “suicídio”, aliado às características de uma sociedade anômica, onde os sujeitos estão, de certa maneira, rodeados pela ausência de regras, pelo imperativo de gozo e, conseqüentemente, tomados pela angústia e desamparo. Essas são características que alguns pensadores como Miller e Laurent localizam na sociedade atual e, como a experiência clínica da pesquisadora tem demonstrado, a angústia está presente nos atos suicidas. Dessa forma, neste trabalho, dedicou-se também algum espaço para a reflexão sobre a angústia.

Conforme se pode observar, há autores como Costa e Adrião, (2005), Dutra (2001), Cassorla (1987), Rodrigues, Souza e Barroso (1998), Jorge e Marques (1986), Fensterseifer e Werlang (2003), Friedrich (1989), Tishler, Reiss e Rhodes (2007), que se dedicaram ao estudo do ato suicida na infância e não colocam dúvida sobre sua existência. Friedrich (1989, p. 473) alertou, inclusive, para a importância da tentativa de suicídio infantil ser escutada, “pois senão tudo continuará na mesma, o que poderá precipitar uma segunda, terceira, quarta e até mesmo um suicídio”. Ainda que na ocasião do trabalho realizado no João XXIII os trabalhos desses autores não fossem conhecidos pela pesquisadora, essa forma de pensar não era ignorada. Pelo contrário, escutar o que as crianças diziam foi o que possibilitou a constatação, via palavra das crianças, que ali houve um ato suicida. A escuta possibilitou, ainda, encaminhá-las para tratamento, orientar a família, encaminhar alguns dos familiares também para tratamento e discutir o caso clínico com a equipe que, a princípio assustada, manifestou inicialmente dificuldades em crer no que ouvia.

Os dois casos trabalhados no terceiro capítulo possibilitaram a articulação com o tema estudado e favoreceram a busca de material a ser estudado. O caso Diana colocou questões em torno da família, o ato na vertente do *acting-out* e suas ligações com a angústia e o gozo. O caso Clara permitiu pensar na articulação da passagem ao ato com a condição que a criança ocupa no desejo de seus pais.

O trabalho realizado no hospital permitiu a constatação de que o ato suicida ocorria devido à impossibilidade de dizer, mas, assim que o sujeito pôde falar e houve a escuta. Isso favoreceu a oportunidade de posicionamento perante seu ato e perante o Outro, favorecendo um efeito transformador, no sentido de possibilitar a retomada do laço com o Outro. A dimensão do tempo e o cálculo a ser feito antes que tudo se apagasse em razão da negação também não podia ser ignorada.

Para finalizar, nesse contexto de anomia, onde a psicanálise possui condições de operar, pode-se dizer, de acordo com Lacan (1968), que é próprio da formação humana pôr um freio ao gozo. Pode-se dizer “não” ao impulso ao hedonismo generalizado, não permitindo que o “pronto para gozar generalizado” possa impedir de se escutar a particularidade do ato e do sintoma. Assim, o profissional que opera com o discurso da psicanálise pode intervir nos lugares em que sujeitos são acolhidos em sua urgência. Para Laurent (2007), o analista cidadão pode intervir na *polis* com o seu dizer silencioso, que implica tomar partido de maneira ativa, tornar menos consistente a dinâmica de grupo que rodeia a organização social, como também pode ser um elemento que gera o novo para esta equipe. Essa equipe não só propôs um espaço de inserção para a prática da psicanálise no dia a dia, como se surpreendeu e pôde atuar com a contribuição de uma outra lógica, que considera a dimensão do particular. Nas instituições, o profissional que opera com o discurso da psicanálise deve ter a escuta atenta, ser sensível às formas de segregação, contribuindo para que não se esqueça a singularidade de cada sujeito em detrimento de qualquer outro saber pré- instituído.

Conclui-se, portanto que a presente dissertação possibilitou a afirmação de que existe ato suicida na infância e este pode ser localizado na vertente de passagem ao ato e *acting-out*.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sonia. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1999.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. **Fundamentos de la psiquiatria actual**. Madrid: Paz Montalvo, 1979.
- ALVARENGA, Elisa. **Atos homicidas nas psicoses**. Texto apresentado no Núcleo de Psicose, Instituto Raul Soares, Belo Horizonte-MG, 2006
- ANSERMET, François. **Clínica da Origem**: a criança entre a medicina e a psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômano**. São Paulo: Martin Claret, 2001.
- BARRETO, Francisco P. A Clínica Psicanalítica no Mundo Globalizado. **Revista Curinga**. Belo Horizonte. n. 12. p. 31-32. set. 1998. EPB-MG.
- BAUMAN, Zygmunt. **Amor Líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jore Zahar, 2004.
- BEATO, Cláudio, C. Suicídio e a teoria social. In: MELEIRO, A.M.A.da S; TENG, C.T; WANG, Y.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
- BELAGA, Guilherme. O psicanalista aplicado no hospital. In: HARARI, Angelina; CARDENAS, Maria Hortênsia; Fruger Flory (org). **Os usos da psicanálise: primeiro encontro americano do campo freudiano**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- BRANDÃO, C.R. **Diário de campo**: a antropologia como alegoria. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1992.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Publicada no Diário Oficial da União, de 16 de julho de 1990, e retificada em 27 de setembro de 1990.
- BRASIL, **Prevenção do Suicídio**. Manual Dirigido a profissionais da equipe de Saúde Mental. Ministério da Saúde. 2006.
- BRODSKY, Graciela. **Short Story**: Os princípios do ato analítico. Coleção Opção Lacaniana. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2004.
- CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

CARVALHO, Frederico Z.F. Psicose e passagem ao ato: Comentário a partir do Seminário X de Lacan. **Abrecampos**. Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares - ano II, n.2,2002.

CASSORLA, ROOSEVLT. M. Comportamentos Suicidas na Infância Adolescência. In: CASSORLA, R.M.S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas Papirus, 1999, cap.4, p 61-87.

CIACCIA, Antonio di. A criança e a instituição. In: LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sônia (orgs).**Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

CLAVREL, J. **A ordem médica**. São Paulo, Brasiliense, 1983.

COSTA, B.S. S; ADRIÃO, C.A. **Suicídio na Infância**: uma análise dos estudos brasileiros publicados em bases eletrônicas. Belém, Pará: Universidade da Amazônia, 2005. Disponível em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais_2006/5.92.1htm>. Acesso em: 09/12/2008.

DAPIEVE, Arthur. **Morreu na contramão**: o suicídio como notícia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

ESPINHA, Sandra **O Hans e a Nota sobre a criança**, Texto apresentado nas Lições Introdutórias à Psicanálise do IPSM-MG, em junho de 2007.

FENSTERSEIFER, L. WERLANG, B.S.G. Suicídio na Infância: será a perda da inocência? **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.21, n.35, p.39-46, out/dez.2003.

FERRARI, Ilka. A Realidade Social e os sujeitos solitários. **Revista Ágora**. Rio de Janeiro, v. XI, n.1, 2008, p.17-30.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Considerações metodológicas preliminares. In: FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **Palavras cruzadas entre Freud e Ferenzi**. São Paulo: Ed. Escuta, 1999. Capítulo 1.p. 9-25.

FRIEDRICH, Sônia. Tentativas de Suicídio na Infância. In: ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco B.; KUCZYNSKI, Evelyn (orgs). **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap.40. p. 469-476.

FREUD, Sigmund. Rascunho E- Como se origina a angústia (1894).**Publicações Pré-psicanalíticas**.Vol. I. Obras Completas.Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. **A interpretação dos sonhos** (1900). Vol V. Obras Completas. Rio de Janeiro:Ed.Imago,1976

_____. **Psicopatologia da Vida Cotidiana**. (1901). Vol.VI. Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago,1976.

_____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (1909) In: **Dois histórias clínicas (O pequeno Hans e o homem dos ratos)**Vol.X. Obras completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio (1910) in **Cinco lições de Psicanálise** vol. XI. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. Totem e Tabu (1913/1914) in **Totem e tabu e outros trabalhos** Vol. XIII. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. **Observações sobre o amor transferencial** (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) (1914/1915) In: **O caso Schreber e artigos sobre a técnica** Vol. XII. Obras completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. Recordar, repetir e elaborar. (1914) in **O caso de Schreber e artigos sobre a técnica** Vol.XII. Obras completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. O “estranho” (1919) in **Uma neurose infantil** Vol.XVII. Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed.Imago,1976.

_____. Psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. (1920) in **Além do princípio do prazer** vol. XVIII. Obras completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. Prefácio ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (1923). in **O ego e o id**.Vol. XIX .Obras Completas.Rio de Janeiro: Ed.Imago,1976.

_____. (1925) **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. E.S., Vol. XIX. Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1926) in **Um estudo autobiográfico**. Vol.XX. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. **O Futuro de uma ilusão** (1927) Vol.XXI. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. O mal estar na civilização. (1930[1929]). In: **O futuro de uma ilusão** (1927) Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. “Conferência XXXIII - Feminilidade” (1932), In: **Novas conferências introdutórias em psicanálise** Vol. XXII.Rio de Janeiro: Ed. Imago,1976.

_____. Luto e Melancolia. (1917[1915]) In: **A história do movimento psicanalítico** Vol XIV. Rio de Janeiro: Ed.Imago, 1976.

FUENTES, M. J. Deixar cair. In **Scilicet - Os objetos e a experiência psicanalítica**. Associação Mundial de Psicanálise. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2008.

GRECO, Musso G. **Urgência**: o sujeito entre as sirenes. Belo Horizonte, Centro de estudos Hélio Pelegrino/ Casa Freud, 1998. (mimeo-circulação interna).

KAUFMANNER, Henri. **A incidência das tentativas de suicídio na clínica das psicoses**. Transcrição de encontro do Núcleo de Psicose. Belo Horizonte, 16/04/2009.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 1**: Escritos Técnicos de Freud (1953/1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. **O Seminário, livro 15**: O ato psicanalítico (1967-1968). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

_____. **O Seminário, livro 22**: RSI (1974-1975). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

_____. **O Seminário, livro 4**: A Relação de Objeto (1956-1957). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

_____. **Os complexos familiares**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

_____. **O ato psicanalítico**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1987.

_____. **O seminário 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. Psicoanálisis y medicina (1966), in: **Intervenciones y textos**, Buenos Aires, Manantial, 1991, p.86-99.

_____. **Televisão** (1974). Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1993.

_____. **O seminário 7**: A ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **O seminário 3**: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Alocução sobre as psicoses da criança (1967). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O seminário 10**: A angústia (1962-1963) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. Nota sobre a criança. In: **Outros Escritos** (1969) Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LAURENT, Èric. **Lacan y los discursos**. Buenos Aires ; Manantial, 1992.

_____. Existe um final de análise para as crianças. **Opção Lacaniana**, 1995.

_____. Acto e institucion. In Cuadernos de Psicoanálisis: **Revista del Instituto del Campo Freudiano** en España, Bilbao, n.27, jan.2003, p.46-50.

_____. O trauma ao avesso. **Papéis de Psicanálise**. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. v.1n.1 abril, 2004.

_____. A criança no avesso das famílias in ALVARENGA, E., FAVRET E., CARDENAS, M.H.in **A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise. Terceiro encontro Americano, XV Encontro Internacional do Campo Freudiano.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

_____. O analista cidadão. In : **A sociedade do sintoma: a psicanálise , hoje.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

_____. Novas inscrições sobre o sofrimento da criança. In : **A sociedade do sintoma: a psicanálise , hoje.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

LEFORT, Rosine e LEFORT, Robert. “L’ infantile et le féminin”. Archives de Psychanalyse. Paris: Eólia, p.3-11.

LEGUIL, François Leguil. La urgência subjetiva. Reflexiones sobre la urgência. In: **La urgência :El psicanalista en la práctica hospitalaria .** Argentina: Ricardo Vergara Ediciones, 1990.

LYPOVESKY, Gilles. **A era do vazio:** Ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa:Relógio d’Agua,1983.

LIPPI, José R.S. Ameaça e Tentativa de Suicídio na Infância. **Folha Médica**, v. 73, n. 3, p. 301-15, 1976.

MANDIL, Ram. Tempo e ato analítico.**Ornicar digital** n.157-fev.2001.

MANNONI, Maud. **A criança, sua “doença” e os outros.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 15-51.

MELEIRO, A.M.A.da S. BAHLS, S- C.O comportamento suicida In: MELEIRO, A.M.A.da S. TENG, C.T; WANG, Y.P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MENARD, Augustin. *Acting-out* ou passagem ao ato.Tradução de Sonia Alberti. **Falo: Revista Brasileira do Campo Freudiano**, n.3, p.89-94, jul; dez 1988.

MILLER, Jacques- Alain. Jacques Lacan: Observaciones sobre su concepto de passage al acto. In **Revista del Cercle Psicoanalític de Catalunya**, 1988.

MILLER, J. A. Cosas de Familia en el Inconsciente. **Lapsus - Revista de psicoanálisis**, Valencia, Ediciones Eolia, n. 3, p. 33-41, novembro de 1993.

_____. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica.** Paidós, 2003.

_____. **Silet**: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan. Tradução: Celso Rennó Lima; texto estabelecido por Angelina Harari e ésus Santiago-Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2005.

MOREL, G. Anatomia psicanalítica. In: FORBES, J. (Org.) **Psicanálise**: Problemas ao feminino. São Paulo: Papirus, 1996.

MOREL, G. **Seminaire théorique**: la difference dès sexes. Lille: Association de la Cause Freudienne, 1995.

NAVEAU, Pierre. A criança entre a mãe e a mulher. **Curinga** /Escola Brasileira de Psicanálise- Minas Gerais, nº 15/16 abr.2001.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistemas de Bibliotecas. Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de projetos de pesquisa. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/biblioteca/>>. Acesso em 30/09/2008.

QUINET, Antônio. **Psicose e Laço Social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____. **As 4 + 1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

ROCHA, Felipe F. *et al.* Suicídio em Belo Horizonte entre 2004 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.29 n.2, jun.2007.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**; tradução Vera Ribeiro, Magalhães; supervisão da edição brasileira: Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

TURATO, Egberto R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico- Qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

WOLODARSKY, Diana. Transferencia en la urgência In: **La urgência :El psicanalista en la práctica hospitalaria** . Argentina: Ricardo Vergara Ediciones, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] (1999). **Figures and facts about suicide**. (Doc. WHO/MNH/MBD/99.1) Genebra, 1999.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

VIDAL, Eduardo A. Passagem ao Ato e *Acting-Out*. **Letra Freudiana**, ano XII. n.14, 1993.

SANTIAGO, Jesús. **Passagem ao ato e acting-out**. I Seminário de Psicanálise e Medicina sobre o paciente suicida, 1992, Belo Horizonte.

SAURET, Marie- Jean. **O infantil e a estrutura**. Trad. Sílmia Sobreia. São Paulo: EBP-SP, 1998.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C.O conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 5, out.1997.

SELDES, Ricardo. La urgência subjetiva, um nuevo tiempo. In :**La urgência generalizada**. La práctica em el hospital/compilado por Guillermo Belaga, Buenos Aires:Grama, 2004.

SILVA, Liliane M.Alberto da. **A Corrente suicidógena de Durkheim e suas manifestações da pulsão de morte na cultura em Freud e Lacan: um percurso preliminar a um diálogo possível**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, Marcimedes M. **Suicídio: Trama da Comunicação**. 1992. (Psicologia Social) Pontificia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.avesso.net/suicidio.htm>. > Acesso em 01/10/2008.

SOLER, Colette. **Declinaciones de la angustia**. Espanha Publidisa, 2004.

SOUSA, Luís C. S de. A questão do consentimento. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Ano VI, n.13, março 2004.

TARRAB, Mauricio.La certeza de la angustia.**Una prática de la época**. Buenos Aires.2002.

TIZIO, Hebe. Novas modalidades do laço social: In TIZIO,H. **Revista Eletrônica do Núcleo Séphora**. Ano 2, n.4,p.1-5, 2007 b.Disponível em www.nucleosephora.com/asephalus., acesso em 20/12/2009.

VALAS, Patrick O que é uma criança ? In: **A criança no discurso analítico**. MILLER, Judith (org).Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

VIEIRA, Marcus André. **A ética da paixão: Uma teoria psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

VIEIRA, Marcus André. **Fazer análise: do fútil ao fato**. XIV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano.

VORCARO, Angela. Sob a clínica:escritas do caso in **Estilos da Clínica** v.8,n.14 São Paulo.jun.2003.

ANEXO I**JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2008.

Ilmos. senhores do Comitê de Ética da PUC Minas.

Sou responsável pelo projeto intitulado “Tentativa de autoextermínio infantil e atualidade: do acidental ao ato”. Trata-se de um estudo realizado a partir de minha experiência clínica, como psicóloga do serviço de toxicologia do Hospital João XXIII, em Belo Horizonte – MG, que tem os seguintes objetivos:

Investigar a tentativa de suicídio infantil como um ato, a partir de tentativas de suicídio constatadas na atualidade, à luz da Psicanálise; discutir questões atuais que podem estar favorecendo o aumento das taxas tentativa de autoextermínio na infância; priorizar o suicídio infantil na dimensão da passagem ao ato e *acting-out*; contribuir com uma discussão teórica aprofundada e atual sobre o tema.

Dirijo-me aos senhores para justificar a não utilização do TCLE, assinado pelos sujeitos da pesquisa.

Sabe-se que a Resolução 196/96 ressalta que “o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (CNS, 1996).

Conforme orienta o próprio “Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa” (p.32), elaborado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, na Res. 196/96 - IV. 3.c, há previsão de situações especiais, no entanto, onde o TCLE pode ser dispensado. A orientação, para esses casos, é que o TCLE seja substituído por uma justificativa com as causas da impossibilidade de obtê-lo. Justifico, então, o desenvolvimento deste projeto de pesquisa, sem assinatura do TCLE, para o caso das crianças implicadas. A pesquisa é teórica, iluminada por fragmentos de relatos/falas de crianças, com até 12

anos incompletos, que passaram pelo Serviço de Toxicologia do hospital, no ano de 2006 e 2007. Tais fragmentos foram registrados na forma de “diário de campo”, com falas/relatos das crianças, que são considerados como casos de tentativa de autoextermínio. Essas falas/relatos foram obtidas em contatos que antecederiam a alta hospitalar, com objetivo de avaliação do caso e encaminhamento para o serviço especializado. O “diário de campo” supõe, ainda, falas de alguns profissionais, em situações significativas. Para esses profissionais, será pedida a assinatura do TCLE (Anexo II).

A prática clínica da pesquisadora ensina, no entanto, que a assinatura do TCLE pelos responsáveis por essas crianças, pode ser bastante prejudicial às crianças e seus familiares, ou seja, à dinâmica da família. Será criada uma expectativa de buscar encontrar, no texto que resultar da pesquisa, dados sobre a intimidade dos filhos, que são obtidos no sigilo dos contatos com a profissional/pesquisadora. Retomar tal situação poderá precipitar questões psíquicas e, talvez, até valorizar o ato do sujeito, fazendo-o reincidir e causando efeitos iatrogênicos, o que não é o objetivo da pesquisa. Além disso, o desenvolvimento de uma pesquisa desta importância poderá ser comprometido. O tema é relevante e precisa ser colocado em discussão.

Nesse sentido, venho solicitar a V.Sas. a análise deste caso especial de pesquisa, objetivando o parecer favorável deste Comitê de Ética e Pesquisa, no sentido de que a mesma possa ocorrer sem o TCLE, assinado pelos responsáveis e por mim, pesquisadora responsável.

Atenciosamente,

Daniela Scarpa da Silva Costa
Pesquisadora Responsável

ANEXO II

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº Registro: FR236718

Título do Projeto: Tentativa de autoextermínio infantil e atualidade:do acidental ao ato.

Introdução:

Você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa. Se você decidir participar dele, é importante que leia estas informações sobre o estudo, bem como sobre seu papel nesta pesquisa. Este projeto de pesquisa tem por objetivo investigar o suicídio infantil como um ato possível, a partir de tentativas de suicídio constatadas. A pesquisa será realizada por meio da discussão de questões atuais que possam estar favorecendo o aumento de tentativas de autoextermínio na infância, priorizando-se, assim, analisar o suicídio infantil na dimensão do *acting-out* (esse termo designa, do ponto de vista psicanalítico, um tipo de ato endereçado a uma outra pessoa, as situações em que o sujeito atua às vezes até para conseguir objetivos como a volta do namorado que a abandonou, etc.). A pesquisa visa também a contribuir com uma discussão teórica e aprofundada sobre o tema do autoextermínio.

Procedimentos do estudo:

Se você concordar em participar do estudo, fragmentos de sua fala espontânea serão coletados pela pesquisadora e posteriormente utilizados na pesquisa, sem nenhum dado que o identifique. Ou seja, você não será entrevistado, apenas por meio da observação da pesquisadora e, então, ocorrerá uma escolha dos fragmentos que melhor ilustram o que será trabalhado durante a pesquisa. Não há risco adicional para você e, para sua participação na pesquisa, também não será demandado tempo, tendo em vista que se trata de um conteúdo espontâneo que não será colhido por meio de entrevista.

Riscos e desconfortos:

Não existem riscos associados à pesquisa, uma vez que serão utilizados fragmentos de sua fala espontânea sem que você seja identificado. Você saberá previamente qual de suas falas será utilizada. Caso haja algum desconforto, solicitamos que o comunique imediatamente à pesquisadora, para que a questão seja solucionada.

Av. Dom José Gaspar, 500 – Coração Eucarístico - CEP: 30535610
Belo Horizonte - Fone: 33194517 Fax: 33194517
Email: CEP.proppga@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Benefícios:

A partir das informações obtidas por meio deste estudo, poderemos melhorar a abordagem da questão da tentativa de suicídio na infância. É importante ressaltar que, no Brasil, existem pouquíssimas contribuições a respeito desse tema e que, por isso, sua participação é muito importante.

Custos / Reembolso:

Não haverá pagamento por sua participação em qualquer fase do estudo. Você também não terá nenhum gasto com a sua participação.

Caráter confidencial dos registros:

As informações serão obtidas e analisadas em conjunto, não sendo possível a identificação individual de nenhum participante. Ou seja, sua identidade será mantida em sigilo.

Participação:

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar, bem como solicitar sua exclusão do estudo a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC MINAS, coordenado por Maria Beatriz Rios Ricci. O comitê poderá ser contatado em caso de questões éticas pelo telefone 3319-4517 ou pelo e-mail cep.proppg@pucminas.br. Os pesquisadores deste estudo poderão prestar quaisquer esclarecimentos sobre o estudo, bastando o seguinte contato:

Pesquisadora: Daniela Scarpa da Silva Costa
Endereço: Rua Matias Cardoso 11/303
Telefone: (031)3047-9924
Orientadora: Prof. Dra, Ilka Franco Ferrari